

UNIVERZITA KARLOVA

HUSITSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA

**Praktický dopad sociálních služeb na kvalitu života a duševní
stav psychicky nemocných**

**Practical impact of social services on the quality of mentally
diseased people's lives and psychic conditions**

Diplomová práce

Vedoucí práce:

Autor:

prof. PhDr. Beáta Krahulcová, CSc.

Bc. Tereza Kolářová

Praha 2020

Poděkování

Rada bych poděkovala mé vedoucí práce paní prof. PhDr. Beátě Krahulcové, CSc. za její cenné rady a trpělivost při psaní této diplomové práce. Dík patří také respondentům, kteří se zúčastnili rozhovorů v mé diplomové práci. Také bych ráda poděkovala své rodině, která je mi oporou.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou diplomovou práci „Praktický dopad sociálních služeb na kvalitu života a duševní stav psychicky nemocných“ vypracovala samostatně s použitím níže uvedených pramenů a literatury. Dále prohlašuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 6. 5. 2020

Bc. Tereza Kolářová

Anotace

Tato diplomová práce se s názvem „Praktický dopad sociálních služeb na kvalitu života a duševní stav psychicky nemocných“ se zabývá tématem, jak ovlivňují sociální služby život duševně nemocného klienta. Zpracovává druhy duševních onemocnění, které mají součástí psychózu nebo narušení kontaktu s realitou, uvádí jejich průběh, léčbu a přístup sociálního pracovníka. Další témata v této diplomové práci jsou sociální zabezpečení, nové metody sociální práce s duševně nemocným klientem, etika v sociální práci. Praktická část diplomové práce se zabývá zpracováním rozhovorů s pracovníky, kteří pracují v přímém kontaktu s duševně nemocnými klienty a uvádí jejich názor na onen praktický dopad sociálních služeb. Jako doplnění jsou v této práci uvedeny kazuistiky osob s duševní poruchou a jejich zkušenost se sociálními službami.

Klíčová slova

Duševní porucha, sociální služby, sociální pracovník, léčba, sociální práce

Annotation

This dissertation is talking about the topic "The practical impact of social services on the quality of life and mental state of the mentally diseased people " deals how social services affect the life of a mentally ill client. It process with the types of mental illnesses that have a part of psychosis or disruption of the contact with reality, states their course, treatment and approach of a social worker. Other topics in this thesis are social security, new methods of social work with a mentally disease client, ethics in social work. The practical part of the dissertation describes with the processing of interviews with employees who work in direct contact with mentally ill clients and presents their opinion on the practical impact of social services. In addition, the case reports of people with mental disorders and their experience with social services are presented in this work.

Keywords

Mental illness, social services, social worker, therapy, social work

Obsah

Úvod	8
1. Organické duševní poruchy, včetně symptomatických	10
1.1. Demence	10
1.1.1. Alzheimerova choroba	11
1.1.2. Ischemicko-vaskulární demence	12
1.1.3. Léčba	12
1.2. Organický amnestický syndrom	13
1.3. Delirium	14
1.4. Přístup sociálního pracovníka	14
2. Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané užíváním psychoaktivních látek	16
2.1. Léčba	21
2.2. Přístup sociálního pracovníka	22
3. Schizofrenie, schizotypní poruchy a poruchy s bludy	24
3.1. Typy schizofrenie	25
3.2. Léčba	26
3.3. Přístup sociálního pracovníka	27
4. Afektivní poruchy (poruchy nálady)	30
4.1. Deprese	31
4.2. Mánie	32
4.3. Bipolární afektivní porucha	33
4.4. Léčba poruch nálad	34
4.5. Přístup sociálního pracovníka	35
5. Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy	37
5.1. Fobické úzkostné poruchy	38
5.2. Jiné úzkostné poruchy	39
5.3. Obsedantně-kompulzivní porucha	40
5.4. Reakce na stres a porucha přizpůsobení	40
5.5. Disociativní poruchy	42
5.6. Somatoformní poruchy	42
5.7. Léčba	43
5.8. Přístup sociálního pracovníka	43
6. Poruchy osobnosti a chování u dospělých	45
6.1. Paranoia porucha osobnosti	46
6.2. Schizoidní porucha osobnosti	46
6.3. Disociální porucha osobnosti	47

6.4. Emočně nestabilní porucha osobnosti	47
6.5. Histriónská porucha osobnosti.....	48
6.6. Anankastická porucha osobnosti	48
6.7. Anxiózní porucha osobnosti	49
6.8. Závislá porucha osobnosti	49
6.9. Léčba	49
6.10. Přístup sociálního pracovníka.....	50
7. Systém péče o psychicky nemocné	52
7.1. Etika sociální práce s klientem s duševním onemocněním	55
7.2. Etická dilemata v práci s klientem.....	55
7.3. Kompetence sociálního pracovníka.....	58
8. Sociální zabezpečení pro osoby s duševním onemocněním.....	59
8.1. Nemocenské dávky.....	59
8.2. Invalidní důchod	59
8.3. Příspěvek na péči	60
8.4. Jiná finanční pomoc.....	60
9. Nové metody sociální práce v rámci reformy psychiatrie.....	62
9.1. Case management	62
9.2. Recovery	62
9.3. Centra duševního zdraví	63
9.4. Destigmatizace.....	64
10. Praktický dopad služeb na život duševně nemocných.....	66
10.1. Cíl výzkumu.....	66
10.2. Metoda sběru dat.....	66
10.3. Metoda zpracování dat.....	67
10.4. Operacionalizace.....	67
11. Výsledky šetření a interpretace.....	69
11.1. Kazuistiky	84
11.2. Kazuistika č. 1	84
11.3. Kazuistika č. 2	86
11.4. Shrnutí	88
12. Závěr výzkumného šetření	89
Závěr.....	92
Seznam použité literatury	94
Přílohy	97
Abstrakt	99

Seznam zkratek

AA – Anonymní alkoholici

CNS – Centrální nervová soustava

DSM – Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch

HIV - Human Immunodeficiency Virus

MKN – Mezinárodní klasifikace nemocí

o.p.s. – Obecně prospěšná společnost

USA – United States of America

z. s. – Zapsaný spolek

z. ú. – Zapsaný ústav

Úvod

Téma mé diplomové práce s názvem Praktický dopad sociálních služeb na kvalitu života a duševní stav psychicky nemocných jsem si vybrala z vícero důvodů. Jedním z nich je, že duševní nemoci trpí již řadu let můj tatínek a já jsem měla možnost pozorovat dopad onemocnění na člověka a rodinu, jak rodinný příslušník, tak také jako budoucí sociální pracovník. Téma duševních poruch je mi tudíž blízké a trůfám si říct, že se v praktických věcech a náhledu na onemocnění vyznám. Jak jsem zmínila, být v situaci rodinného příslušníka a sledovat devastující dopad nemoci, je skličující a v některých situacích se člověk cítí bezradně. Jelikož většinu doby tatínek nevyužíval sociální služby, vím osobně, jak moc jsou v životě duševně nemocného člověka a jeho rodiny tyto služby klíčové.

Dalším důvodem volby této práce bylo porovnat mé praktické znalosti, se znalostmi odbornými. Téma duševních poruch mě samo o sobě velmi zajímá a dle mého názoru, je důležité psát o tématu, ke kterému má člověk určitý vztah.

Duševní onemocnění, ať už jakékoliv, je velice závažný zásah do života. Jak moc narušuje vztahy a vazby mezi nemocným člověkem a okolím závisí na hloubce onemocnění, době, kdy onemocnění propuklo a také na prostředí daného člověka. Nemocný většinou žije sám, s málo financemi, topící se mezi realitou a projevy své nemoci. Jako pomoc, mimo jiné jsou k dispozici sociální služby, které napomáhají od sociální izolace a podporují zdravý přístup k životu.

Cílem mé diplomové práce je zjistit, jaký dopad mají sociální služby na život duševně nemocného. S pomocí odborné literatury jsem zpracovala duševní poruchy, které mají jako součást psychózu, oslabení kontaktu s realitou, snížení soběstačnosti a k nim jsem vypsala jejich projevy, léčbu a hlavně přístup sociálního pracovníka. Dále jsem se zaměřila na systém péče o psychicky nemocné, jaké jsou možnosti sociální pomoci, jaké existují dávky a zvýhodnění. V další kapitole jsem popsala etiku sociální práce s klientem s duševním onemocněním, jaká existují dilemata při práci s takovými klienty, jaké jsou kompetence sociálního pracovníka pro výkon povolání. V neposlední řadě jsem popsala

nové metody sociální práce v rámci reformy psychiatrie. Jde o case management, recovery a destigmatizace, která jsou aplikována v Centrech duševního zdraví.

V praktické části se zaměřuji na onen praktický dopad služeb na duševně nemocného člověka. Pomocí rozhovorů se sociálními pracovníky, kteří pracují v přímé práci s osobami s duševní poruchou, analyzuji získaná data a zpracovávám konkrétní výsledky rozhovorů. Jako doplněk mé práce uvádím kazuistiky duševně nemocných osob, kde je popsána jejich životní situace a dopad služeb na jejich životy. V závěru diplomové práce shrnuji získaná data a popisuji výsledky, které ze šetření vyplynuly.

1. Organické duševní poruchy, včetně symptomatických

Tato skupina poruch je dána v možnosti průkazu jejich vzniku. Organické poškození mozku je způsobeno buďto nemocí nebo úrazem, které vede k jeho přechodné nebo trvalé deformaci. Symptomatické duševní poruchy vznikají dopadem systémové nemoci bez zjištěných mozkových patologií. Tato skupina poruch se diferencuje od funkčních duševních poruch (schizofrenie) tím, že jejich příčiny vzniku jsou známy, přičemž u funkčních poruch známy nejsou (Smolík, 1996).

Společným jmenovatelem organických duševních poruch je porušení kognitivních funkcí. Ty mohou být narušeny částečně nebo i celkově. Organická duševní onemocnění lze dělit na akutní (delirium) a chronická (dementia) (Höschl, 2002).

V populaci se z organických duševních poruch nejčastěji objevuje dementia. 5% občanů ve věku 60 let, u občanů nad 80 let 20%. Nejčastějším druhem demence je Alzheimerova demence.

1.1. Dementia

Onemocnění mozku, kdy dojde k získanému úbytku kognitivních funkcí. Člověk trpící demencí přichází o intelektové schopnosti, paměť, myšlení, orientaci, schopnost řeči a jiné. Tyto projevy jsou předcházeny špatnou kontrolou emocí, chováním ve společnosti nebo poruchou vůle. Často je demence doprovázena afázií, apraxií a agnózií. Chování člověka s demencí je narušeno projevy agresivity, blouděním. Dementia je pro člověka nemocí, která má za následek úpadek osobnosti. Takovýto člověk je závislý na péči druhé osoby, pokud jeho rodina nefunguje dobře, je postižený umístěn v instituci, například v domově se zvláštním režimem. Je důležité zmínit, že demence není jasný doprovod stáří. Dementia je nemoc. Starý člověk nemusí být dementní (Höschl, 2002).

K diagnostice demence se používá nejrozličnějších screeningových testů. Nejznámější je Mini-Mental state Examination, ve kterém testovaná osoba může dosáhnout maximálního počtu 30 bodů. Pokud má osoba pod 22 bodů, jde o lehkou demenci. Když dosáhne 10-12 bodů, jde o střední demenci. Nižší počty hovoří o těžké demenci. V testu

najdeme otázky jako: Kolikátého je dnes? Ve kterém jsme státu? Dále, opakování vět, odečítání čísl, psaní, čtení a jiné (Höschl, 2002).

Demence se zpravidla dělí do 2 skupin: **Atroficko-degenerativní**, která je způsobena degenerativním postižením mozku (Alzheimerova choroba). **Sekundární demence**, která má příčinu vzniku v určité poruše, která naruší CNS. Sekundární demence se dále dělí na Ischemicko-vaskulární demenci (následek onemocnění srdce) a Ostatní sekundární demence (vyvolané odlišnými příčinami, například infekce). Pod poslední dělení se řadí **Demence smíšeného typu**. Nemocný má například Alzheimerovo onemocnění, tak Ischemicko-vaskulární demenci (Vágnerová, 2014).

1.1.1. Alzheimerova choroba

Nejčastější druh demence. Jde o 50-60% všech demencí. Průměrně člověk s touto chorobou žije 5-8 let. Budoucnost nemocného s Alzheimerovou chorobou je nepříznivá. Tato nemoc se rozvíjí postupně. Nejdříve si okolí nemocného nemá šanci uvědomit, že jejich blízký trpí Alzheimerovou chorobou. Nemocný začne zapomínat, dává věci na místa, kam nepatří, nesoustředěnost. Časem se postižený nemůže zorientovat v čase a prostoru. Ztrácí sebekontrolu a příliš se přeceňuje. V dalších stádiích nemoci, nemocný nepoznává své blízké, nemůže se sám obléci, postarat se o svou osobu. Nemoc doprovází afázie, agnózie, apraxie (Vágnerová, 2014).

První příznaky se mohou dostavit kolem 40 let. Zpravidla, se ale nemoc začíná projevovat ve věku 65 let. Po zjištění diagnózy, lékař stanoví medikaci a různé druhy terapií, jako jsou nácvikové metody paměti. Pacient s terapeutem nebo rodinou provádí aktivizační program. Večer zrekapituluje, co dnes dělal, v kolik hodin vstával, co jedl a jaký má plán na další den. Čtení článků, je taky důležitá forma terapie. Pacient zodpoví, o jaké téma v článku šlo, jaké osoby v něm vystupovaly. V průběhu dne se s nemocným hrají hry (pexeso, dáma). Další formou terapie je kreslení. Nemocný nakreslí obrázek podle předlohy, poté se pokusí ten samý obrázek nakreslit z paměti. Následně terapeut spolu s klientem zkontrolují, co chybí a klient nesrovnalosti dokreslí. Mezi terapeutické programy také spadá trénink početních úkonů (Höschl, 2002).

Aby bylo o nemocného Alzheimerovou chorobou dobře postaráno, je třeba, aby byli pečovatelé dobře vyškoleni. Tím se zabývá Česká alzheimerovská společnost. Ta sdružuje odborníky, pečovatele a rodinu nemocného (Höschl, 2002).

1.1.2. Ischemicko-vaskulární demence

Důsledkem Ischemicko-vaskulární demence je onemocnění cév, které vede k poškození mozku. Tato demence se objevuje po 60. roce věku.

Na rozdíl od Alzheimerovy choroby, tato demence vzniká náhle a průběh onemocnění je nestálý. Psychický stav není narušen v takové míře, jako u degenerativní demence. Často je ochrnutá jedna část těla nemocného. Pro okolí postiženého může být nejasné, v jakém rozsahu onemocnění se tento člověk nachází, jelikož dochází k proměnám ve výkonu každodenních činností. Zpočátku u nemocného touto demencí dochází k poruchám paměti a soustředění. Nové podněty si těžko pamatuje, vžitě vzpomínky, jsou uchovány déle. S tímto souvisí odmítání všeho nového, lehká unavitelnost a menší výkonnost. Častým příznakem jsou poruchy řeči, čtení a psaní, dále emoční nestabilita, přecitlivělost, úzkosti a deprese (Vágnerová, 2014).

1.1.3. Léčba

Léčba za použití medikamentů se dělí na farmakoterapii kognitivních funkcí a léčbu neuropsychiatrických příznaků a poruch chování, kdy se používají antipsychotika a antidepressiva (Češková, 2006).

„Základní léčbou jsou tzv. kognitiva, která jsou užívána u organických duševních poruch, včetně demencí. Kognitiva zvyšují různými mechanismy dostupnost acetylcholinu v CNS“ (Češková, 2006, s. 153).

Psychofarmaka, která zmírňují nebo zpomalují průběh onemocnění (memantin, inhibitory). Tyto léky jsou hrazené ze zdravotního pojištění. Dalším důležitým léčivem je extrakt ze stromu ginkgo biloba (Češková, 2013).

K léčbě demence nepatří jen farmakologie, ale také rehabilitace na psychosociální úrovni. Těmi lze zpomalit úbytek kognitivních funkcí a zlepšit duševní stav nemocného člověka. Existují různé programy pro udržení životní úrovně. Například trénink orientace

v realitě. Nemocný získává informace o datu, času, jménu, počasí. Tento trénink mu pomáhá udržet se v realitě, neupadat do vnitřního světa nevědění. Dalším programem je terapie kognitivních stimulací. Jde o ucelený sedmítýdenní program cvičení a her pro podporu řeči, paměti a myšlení. Validační terapie má za cíl pomoci přijmout nemocnému jeho psychickou realitu. V neposlední řadě je zde reminiscenční terapie, která podporuje paměť a emoční stavy při diskuzi s klientem o jeho životě. Součástí psychoterapie je muzikoterapie a arteterapie. Tyto jednotlivé programy lze spojit do ucelené terapie na půdě stacionářů a komplexně propojit psychosociální a biologické přístupy. Na webových stránkách České alzheimerovské společnosti jsou shrnuté všechny možnosti sociálních služeb (Probstová, Pěč, 2014).

1.2. Organický amnestický syndrom

Specifické pro tento syndrom je, že nemocný si není schopen zapamatovat nové informace. Jde o poruchu dlouhodobé i střednědobé paměti. Nemocný je zmaten ohledně místa a času, kde se nachází. Může se stát, že postižený není schopen správně odpovědět na otázky položené jeho okolím. Ze strany okolí mluví z cesty, ale on je přesvědčen o pravdě svého výroku. Pokud jsou mu otázky položeny znovu, odpoví pokaždé jinak. „*Amnestický syndrom se vyskytuje především tam, kde je postižena oblast hipokampu nebo oblast hypotalamo-diencefalická*“ (Höschl, 2002, s. 474).

Výskyt tohoto syndromu, je zapříčiněn chronickou otravou alkoholem nebo drogami. Také organickým postižením mozku. V rámci epilepsie nebo cévní etiologie může nastat Tranzitorní globální amnézie. Ta trvá hodiny, maximálně dny, následuje amnézie. Při úrazech mozku, které jsou spojeny s kómou, nastávají výpadky po dobu před úrazem, po úrazu nebo kombinovaně. Může se stát, že některé amnestické syndromy přerostou do demence (Höschl, 2002).

Léčba syndromu spíše spočívá v podpoře rodiny a nemocného v poskytování rad a informací při úbytku paměti. Je důležité cvičit paměť a používat mnemotechnické pomůcky (Smolík, 1996).

1. 3. Delirium

„Syndrom charakterizovaný kvalitativní poruchou vědomí.“ (Raboch, 2006, s. 49).

Často je společníkem vážných somatických onemocnění. Projevuje se dezorientací, fyzickým i psychickým neklidem, úzkostnými stavy, halucinacemi, bludy a až agresivním chováním. Tyto stavy se vyskytují při vysokých horečkách, u vaskulární demence nebo při odvykání na návykových látkách (delirium tremens). V čase má delirium proměnnou intenzitu. K večerním a nočním hodinám dochází ke zhoršení stavů (Raboch, 2006).

„Vyskytuje se často, v 10-15% na chirurgických odděleních, v 15-25% na somatických odděleních, kolem 30% na kardiálních jednotkách intenzivní péče a u 40-50% nemocných po operaci zlomeniny stehenního krčku.“ (Češková, 2006, s. 143).

Deliria pooperační jsou vyvolána řadou proměnných, jako stres, strach, bolest, ztráta krve, nespavost. Mezi ohrožené patří malé děti a starší lidé, lidé závislí na alkoholu a lidé s poraněním mozku (Češková, 2006).

Někteří nemocní mohou průběh deliria z části zapomenout, jiní mají plnou amnézii. U deliria tremens se vyskytuje i agresivita.

K léčbě deliria je důležité vymezit vyvolávající příčiny. To ovšem není jednoduché. Z farmakologie se používají neuroleptika, zvláště ty, u kterých jsou odstraněny nežádoucí vedlejší účinky. Jmenovitě jde o Tiapridal, který je podáván na noc. Dále Buronil, Risperdal nebo Zyprexa.

1. 4. Přístup sociálního pracovníka

Úkolem sociálního pracovníka při práci s organicky duševně nemocnými, je zajistit, aby klient měl přístup k zdravotním službám. Měl by se také vyznat v doprovázejících psychických symptomech a spolupracovat s psychiatrem. Důležitým faktorem je psychoedukace klienta i jeho okolí, jak o nemoci, tak o možnostech pomoci, které jsou k dispozici. Rodina starající se o klienta je většinou vyčerpaná, vystrašená celkově znepokojená. Sociální pracovník, by měl podpořit v tomto období rodinné příslušníky nemocného. Měl by být přechodníkem mezi psychiatrem a rodinou. Pokud je třeba, měl by sociální pracovník poskytnout i respitní péči (Probstová, Pěč, 2014).

Vztah mezi klientem a sociálním pracovníkem je velmi důležitý. Tento vztah, by měl pomoci klientovi pochopit jeho onemocnění, přijmout jeho nové já. Je důležité nebrat na sebe zbytečné nároky, nesnažit se vyrovnat zdravým a přestat se porovnávat se svou dřívější osobností (zdravou), ale najít cestu, jak správně s onemocněním žít. V těchto věcech je klientovi sociální pracovník jeho pravou rukou. Návaly zlosti, vzteku vůči okolí a jiné pocity spojené s přijetím onemocnění, by měl sociální pracovník zvládnout a udržet vztah s klientem ve správných hranicích. Toto vše také působí na osobnost pracovníka. Měl by přijmout své pocity, které cítí (beznaděj, přání se klienta zbavit). Přemoci tyto stavy může supervize (Probstová, Pěč, 2014).

Rozhovor, který je klíčový mezi pracovníkem a klientem, by měl být veden na takové úrovni, jakou klient zvládá. Pokud jsou kognitivní schopnosti klienta nízké, měl by pracovník mluvit pomalu, nepřetěžovat otázkami, oslovovat klienta jménem. To samé platí i pro pohybování pracovníka. Neměl by se hýbat příliš rychle. Dominanci, která může nastat u pracovníka ve vztahu s klientem, je důležité vyčlenit a myslet na autonomii klienta (Probstová, Pěč, 2014).

U klientů, jejichž organické duševní onemocnění vzniklo náhle, je důležité vzít v potaz jejich předchozí pracovní uplatnění, osobnost, výkonnost. Zmapovat jejich motivaci k pracovní rehabilitaci. Klienti by měli využívat psychologickou péči, denní stacionáře, logopedickou péči. Pokud klient jen pobývá doma a prožívá své obtíže, je to špatné pro jeho duševní stav. Sociální pracovník by měl nabídnout přechodné zaměstnání, podporované zaměstnání, pobyt v centrech denních aktivit. Dále nabídnout ze škály druhů sociální péče. Jako například osobní asistenci, pečovatelskou službu, odlehčovací služby a domovy se zvláštním režimem. Pokud se klient stane nesoběstačným v rámci finančního zaopatření, je potřeba pomoci vyřídit invalidní důchod (Probstová, Pěč, 2014).

2. Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané užíváním psychoaktivních látek

„Porucha způsobená užíváním psychoaktivních látek je každá duševní nebo behaviorální porucha, která vznikla jako důsledek užívání jedné nebo více psychoaktivních látek nezávisle na tom, zda jsou, nebo nejsou předepsány lékařem.“ (Smolík, 1996, s. 112).

Psychoaktivní látky jsou tyto: alkohol, sedativa, hypnotika, kokain, kofein, halucinogeny, tabák nebo inhalační látky. Stavy, které nastávají, jsou: syndrom závislosti, odvykací stav, psychotická porucha nebo například amnestický syndrom (Smolík, 1996).

Tyto látky ovlivňují člověka a jeho psychiku jakýmkoliv způsobem. Spadají sem ty látky, které u člověka vyvolávají závislost. Ať už jde o závislost tělesnou nebo duševní. Mezi tělesné příznaky, které nastávají po vysazení látky, patří nejrůznější somatické poruchy, bolesti, křeče. Duševní závislost nutí postiženého vzít si další dávku. Jde o touhu znovu si přivodit příjemné pocity, které návyková látka způsobuje. Duševní závislost má delší trvání, nežli závislost tělesná (Raboch, 2006).

Žití, přijímání svých pocitů, svých činů, koexistence s jinými osobami, toto a více nemusí být pro každého jednoduché. Proto má člověk od nepaměti snahu uniknout svým problémům, pocitům. Dosáhnout klidu, euforie a uvolnění. Pocítit tyto stavy relativně bez větší snahy mohou psychoaktivní látky. Ovšem přinášejí s sebou mnohem více problémů, než potěšení.

Důsledkem užívání psychoaktivních látek může nastat:

- **Akutní intoxikace** – Přechodný stav, který nastává po užití alkoholu nebo jiné psychoaktivní látky. Dochází k narušení vnímání, vědomí, poznávání, chování.
- **Škodlivé užívání** – Vzniká při dlouhodobém užívání návykové látky, kdy u poškozeného nastávají somatické nebo psychické obtíže. O škodlivém užívání můžeme mluvit, když jde o aktuální poruchu zdraví závislého.
- **Syndrom závislosti** – Skupina jevů, které doprovází člověka v průběhu minimálně jednoho roku. Je zde silná touha vzít si svou dávku, potíže při ukončení brání látky, odvykací stav, omezení jiných zájmů a potřeb, pokračování v užívání látky i přes

škodlivé následky, které brání psychoaktivních látek doprovázejí. Při léčbě závislosti, je důležité posilovat motivaci. Při posilování motivace se projevuje respekt, terapeut naslouchá, pokládá otázky ohledně potíží s braním návykové látky. Studuje také pacientovy zájmy a cíle. Terapeut chválí pokroky v léčbě závislosti a upozorňuje na nesoulad mezi tím, jak se závislý chová a tím, jak by se chovat chtěl. K posílení motivace se také používají motivační dotazníky, které poukazují na problémy, které závislost způsobila a na pozitiva překonání ji. Důležitou složkou k posílení motivace je rodina nebo zaměstnání.

- **Odvykací stav** – Kdysi nazývaný jako abstinenční syndrom. Probíhá u člověka z důvodu náhlého vysazení dávky somatickými a duševními stavy. U odvykacího stavu mohou nastat také křeče a delirium. Psychotické poruchy, které probíhají u nemocného do 48 hodin po vysazení dávky, připomínají schizofrenii nebo afektivní poruchu. Rozlišujeme odvykací stavy pro různé druhy antipsychotik. Po **alkoholu** (bolesti hlavy, pocení, vyšší tlak, halucinace, třes), po **opioidech** (slzení, bolesti svalů, silná touha po droze), po **drogách z konopí** (úzkost, podrážděnost, pocení), po **sedativech** (vyšší tepová frekvence, epileptické záchvaty, třes jazyka), po **kokainu** (letargie, únava, zvýšená chuť k jídlu) po **nikotinu** (úzkost, nespavost, kašel).
- **Amnestický syndrom** – Bývá potíží při chronickém alkoholismu. Nastává ztráta paměti, euforie. Poruchy řazení událostí a učení nových věcí.
- **Reziduální stav** – Spadá sem demence vyvolaná alkoholem nebo jinými psychoaktivními látkami. Patří sem také poruchy osobnosti a kognitivních funkcí. K reziduálnímu stavu se řadí tzv. flashbacky. Jde o krátký stav, kdy se závislý chová při dlouhotrvající abstinenci jako pod vlivem drogy. Závislí prožívají zrakové a emoční zážitky (Höschl, 2002).

Nyní bych se zaměřila hlavně na dva druhy psychoaktivních látek. Alkohol a nealkoholové látky. Podle Vágnerové je „v ČR počet alkoholiků vyšší než počet drogově závislých.“ (Vágnerová, 2014, s. 495).

Alkoholu holdují více muži, než ženy. Ženy spíše než alkohol, užívají léky. Průměrný věk mužů alkoholiků je 45-54 let (Vágnerová, 2014).

Společnost, zejména v České republice je k alkoholu tolerantní. Jde o drogu společenskou. Užívá se ve skupině, při různých oslavách a setkáních. Alkohol odstraňuje zábrany, uvolňuje, tlumí. Tyto stavy jsou pro některé osoby velice žádoucí. Problém nastává, když daná osoba alkohol užívá opakovaně, denně. Své problémy a potíže zahalí rouškou alkoholu a cítí se příjemně. Totéž nemusí pociťovat okolí této osoby. Závislost na alkoholu není hned jasná. Vzniká postupně několik let. Ovšem u mladistvých může nastat i za několik měsíců. Závislost na alkoholu se dělí na psychickou (problémy „utápí“ v alkoholu) a biologickou (Vágnerová, 2014).

Vznik počátku závislosti na alkoholu lze rozdělit do čtyř fází:

- 1. Fáze občasné konzumace** – Jde hlavně o pití ve společnosti. V některých vrstvách společnosti je užívání alkoholu samozřejmostí. Pokud má člověk nad svým pitím alkoholu kontrolu, je tato fáze bezpečná. Problém nastává, pokud si daná osoba vsugeruje, že po pití alkoholu zavládne v těle a myslí úleva od problémů života. Pokud se problémy nahromadí, dávky alkoholu se přidávají a může nastat problém.
- 2. Fáze varovná** – Stresové situace v životě člověk zdolává s pomocí alkoholu lépe. Pokud je potřeba zvládat víc, potřebuje i více alkoholu. Požití více alkoholu zvyšuje jeho toleranci k němu. Je potřeba dostávat do těla vyšší dávky. Pije sám, stane se, že se opije. Nepamatuje si, co v opilosti dělal. Tato osoba si uvědomuje, že alkohol musí mít.
- 3. Fáze kritická** – V této fázi závislý pije stále více. Není schopen kontrolovat své chování. Po vystřízlivění může pociťovat výčitky, ale to nic nemění na tom, že za pár hodin pije zas. Život bez alkoholu nyní není možný. Už mu neposkytuje příjemné pocity uvolnění, ale pokud by se nenapil, cítil by se tak zle, že by dlouho nevydržel. Má pocit, že je schopen přestat, zkouší to, ale neustálé nedodržování zadaného mu přináší stavy frustrace a výčitky. Kvůli alkoholu jsou problémy v rodině i práci

a závislý si raději vybírá společnost alkoholiků, kteří jsou ve stejné situaci jako on. Začínají se měnit osobnostní vlastnosti. Upadají vztahy i zájmy.

- 4. Fáze období úpadku** – Následkem pití jsou poškozena játra a tolerance k alkoholu se snižuje. Pije neustále. Provází ho různé psychické i fyzické obtíže. Má problémy s lidmi. Lidé jim opovrhují, strání se ho. Nastává samota. Uvědomuje si, že není schopen svůj alkoholismus zvládnout. Bolesti a nepříjemnosti má když pije, i když nepije. Úpadek osobnosti po všech stránkách je nevyhnutelný.

Závislost na alkoholu je zde i po abstinenci. Provází člověka celý život. Abstinents se nesmí nikdy napít. Svou závislostí si vykopal jámu a na povrch se již nedostane (Vágnerová, 2014).

Alkohol mění člověka jak po psychické stránce, tak po fyzické. Časté je poškození jater, ledvin nebo zažívání. Vzhled člověka se stane nepěkným. Nateklé tváře, červená barva v obličeji, váčky pod očima, rozšíření cév. K tomu patří také zanedbání hygieny (Vágnerová, 2014).

Pokud pije těhotná matka, nastává u plodu fetální alkoholový syndrom, který poškozuje vývoj po stránce postižení CNS a růstu.

Rodič alkoholik negativně ovlivňuje svého potomka v psychickém vývoji. Rodina neplní své základní funkce. Děti, které žijí v rodině s alkoholikem, špatně prospívají ve škole, nezapadají v kolektivu, kvůli odlišným problémům, než mají jejich vrstevníci. V budoucnosti se dítě může chovat po vzoru rodiče alkoholika, anebo také zcela odlišně a rodič je pro něho špatný příklad. Alkohol je příčinou rozpadu rodiny (Vágnerová, 2014).

Nealkoholové látky se užívají nejčastěji v období adolescence. Adolescenti rádi riskují, zkoušejí své limity a nechávají se strhnout ostatními jedinci. Tyto faktory jsou rizikové pro vznik závislosti na drogách. Vše co je zakázáno je lákavé a tak v tomto období puberty, mladí lidé mohou začít užívat psychoaktivní látky. Jak již bylo řečeno u alkoholu, tak také u drog je zde určité uvolnění a oproštění se od reality. V nejistém období dospívání plném pochyb a nedostatku sebedůvěry je euforie a uvolnění, kterou z užití látky získá velmi žádoucí. Při užívání drog v období dospívání se naruší vývoj jedince. Ve vztahu s rodinou

se cítí být nezávislý, ale opak je pravdou. Nedokáže se o svou osobu postarat a paradoxně, závislost na rodině spíše stoupá. Užívání drog ovlivňuje stránku fyzickou, duševní a sociální. Její účinky nutí člověka si drogu opakovaně aplikovat. Je potřeba větších dávek a přichází závislost. Ta vzniká mnohem rychleji, než u alkoholu. Podle Vágnerové: „*Lidé, kteří začnou v relativně mladém věku kouřit marihuanu, zkusí až pětkrát častěji také další drogy a tím se zvyšuje i riziko vzniku závislosti na devastující látce.*“ (Vágnerová, 2014, s. 510).

Užívání drog může podnítit duševní onemocnění, které v některých jedincích je (Vágnerová, 2014).

Vývoj vzniku drogové závislosti lze rozdělit do čtyř fází:

- 1. Fáze experimentování a občasného užívání** – Každý člověk má různé důvody k prvnímu užití drogy. Proto je nelehké určit jednu prevenci. Lidé užívající drogy mohou být pro dospívajícího atraktivní, chtějí ho napodobit, dostat se do jeho přízně. Oni jemu dávají pocit sounáležitosti a sdílejí s ním zážitky. Spouštěčem může být vypjatá situace v životě člověka. On si vybere cestu úniku a drogy užívá jako formu vysvobození. Problémy ovšem narůstají a drogy nic neřeší. Důvodem proč začít užívat drogy, může také být dokázání si vyspělosti a svobody na autoritách. Nelze vynechat první užití jako módní výstřelek. Droga zpočátku „dává“, ale později bere.
- 2. Fáze pravidelného užívání** – Zkraje závislosti, má osoba beroucí drogy pocit, že má vše pod kontrolou. Klame tím své okolí, ale hlavně sebe. Prohloubení závislosti záleží na druhu drogy, množství dávky a intervalu požití.
- 3. Fáze návykového užívání** – Se silnější závislostí, takového člověka nezajímá nic jiného než jen droga. Je apatický ke všemu co ho dříve zajímalo. Je lhostejný k ostatním a nezajímá ho, co si o jeho závislosti myslí. Po všech stránkách se začíná rozpadat. Není pro něho možné s tím cokoli udělat. Jeho původní možný záměr drogu užívat s cílem euforie a vysvobození zmizel. Drogu potřebuje, aby přežil. Jen hrstka zvládne drogy omezit, nebo s nimi přestat úplně.

4. Fáze terminální – Vztahy v této fázi neexistují. Cílem života se stane opatření si drogy. Je jedno za jakou cenu. Buď jde o krádeže, podvody nebo prostituci. Z takových lidí se stávají prázdné schránky (Vágnerová, 2014).

Při dlouhodobém užívání drog dochází k porušení mozku. To může vyústit k duševním poruchám. Například při užívání pervitinu, uživatelé častěji páchají sebevraždu, trpí úzkostmi, trpí depresí a mívají záchvaty vzteku.

Lidská společnost je více tolerantní k lidem závislým na alkoholu, nežli k osobám závislým na drogách. Drogově závislí jsou více separováni od společnosti. Běžní lidé nemají s drogy zkušenost a mají ze závislých větší strach. Tato izolace a odsouzení drogově závislým nepomáhá se opětovně začlenit do společnosti. Závislý člen rodiny se stává parazitem domácnosti. Lže, krade, ztrácí citovou vazbu ke svým blízkým a postupně klesne na úplné dno společnosti.

2. 1. Léčba

Při léčbě závislosti na alkoholu se užívají látky, které zneprjemňují požití návykové látky. Jde o látku Antabus, která se závislému podává dvakrát týdně. Pokud závislý po užití Antabusu požije alkohol, nastanou pro něho nepříjemné stavy vysokého tlaku, tachykardie, zvracení až ztráta vědomí. Cílem této léčby je, aby se požití alkoholu stalo nepříjemnou záležitostí. V léčbě závislosti na alkoholu se užívá averzivní terapie, která pomocí látky apomorfín s menší dávkou alkoholu vyvolává zvracení. Léčba metadonem se využívá u závislých na opiátech. Dále se používají psychoaktivní přístupy (Češková, 2006).

„Léčba alkoholu má v našem státě dlouhou tradici. U jejích začátků stál doc. Mudr. Jaroslav Skála, který propracoval a realizoval její zásady na svém pracovišti u Apolináře v Praze“ (Raboch, 2006, s. 64).

Při léčbě závislosti je kladen důraz na skupinovou terapii a režimovou terapii. Rodinní příslušníci jsou součástí terapie. Závislý je umístěn buď na specializovaných pracovištích psychiatrických nemocnic, léčí se ambulantně, anebo také v dobrovolném sdružení Anonymních alkoholiků (Raboch, 2006).

AA je svépomocná organizace, který vznikla v roce 1935 v USA. Tato organizace sdružuje závislé na alkoholu i příbuzné. AA se řídí podle dvanácti kroků k překonání závislosti. Těchto dvanáct kroků je zaměřeno duchovně, kvůli náboženské orientaci zakladatelů. Ovšem ke všem různě nábožensky orientovaným lidem i ateistům je organizace tolerantní (Höschl, 2002).

Mezi další organizace, které se spíše věnují drogové závislosti, jsou: Drop-in, Sananim, K-centrum. Léčba se zaměřuje na skupinovou terapii (Raboch, 2006).

Mezi psychoterapeutické přístupy k léčbě závislosti patří například dovednosti potřebné pro život (používají se při prevenci i léčbě), cílem je naučit se sociální dovednosti jako schopnost čelit nátlaku, komunikace, nebo sebeovlivnění. Dále se využívají kognitivně-behaviorální postupy, rodinná terapie, terapie s komunitou, relaxační techniky nebo metody mírnění škod. U metody mírnění škod se závislým podávají čisté injekční stříkačky, kondomy. Tyto služby jsou provozovány v terénu (Češková, 2006).

2. 2. Přístup sociálního pracovníka

Závislost na návykových látkách je velice rozsáhlá oblast. Díky ní vznikl také vědecký obor, který se nazývá adiktologie. Jde o „*multidisciplinární obor zaměřený na primární, sekundární a terciární prevenci užívání návykových látek a jiných rizikových forem lidského chování a reintegraci osob, které tímto chováním strádají.*“ (Mahrová, 2008, s. 135).

Sociální služby zaměřující se na uživatele psychoaktivních látek, se věnují všem, bez ohledu jakou látku užívají. Téměř všechny psychoaktivní látky s sebou nesou zdravotní, tak i společenské následky. Práce s uživateli návykových látek probíhá převážně v terénu. Jde o streetwork, kdy sociální pracovníci vstupují do přirozeného prostředí klienta (ulice, ubytovny, domácnosti, vyloučené lokality) a nabízejí pomoc potřebným. Jde o vyhledávání v terénu s cílem zamezit nežádoucím dopadům jak na společnost, tak na klienta samotného. Pokud má klient více motivace ke změně, může docházet do kontaktních center. Zde může sociální pracovník pracovat i s rodinou klienta. Tyto kontaktní centra nabízejí také ambulantní terapeutické programy. Uživatelé drog mohou docházet také do stacionářů. Tyto

formy byly ambulantní a terénní. Pokud jde o pobytové služby, tak psychiatrické nemocnice nabízejí pobyty na specializovaných odděleních. Jde o léčbu závislosti probíhající až půl roku. Po hospitalizaci je klient přesunut do doléčovacího programu. Může jít o ambulantní formu, nebo chráněné bydlení (Mahrová, 2008).

Klienti závislí na psychoaktivních látkách mají řadu problémů týkajících se dluhů, neshody s blíznými, samota, finanční negramotnost. Sociální pracovník využívá multidisciplinární tým a používá case management. Sociální pracovník s klientem sepisuje finanční deník, kde se klient může naučit pracovat s financemi. Dále pomáhá klientovi s měsíčním plánováním, kdy je důležité pro budoucí život klienta zjistit, že žít pouze přítomností a nemyslet na budoucnost má negativní dopady. Samozřejmostí je, aby sociální pracovník s klientem pracoval bez předsudků, aby byl schopen identifikovat jeho manipulativní chování, nastavit dodržování jasně určených hranic. Sociální pracovník musí počítat s možností relapsu a tento stav nebrat jako selhání dočasné práce s klientem. Sociální pracovník by měl klienta opatřit informacemi kam se obrátit v případě nutkání užití drogy. Cílem práce se závislým klientem, by měla být spokojenost s životem bez drogy. Nebrat látku jako formu uvolnění a oprostění od problému života, ale přijímat život jaký je, i s jeho starostmi a radostmi. Pro klienta je tento směr nepředstavitelný a proto je důležité ho podporovat i několik let. Pokud klient stále látky bere, cílem je zmírnit činy páchané na jeho osobě a okolí. Je důležité chránit své zdraví a zdraví společnosti. Sociální pracovník může pociťovat beznaděj, ale musí si uvědomit, že každý člověk je svého štěstí strůjcem a sociální pracovník, zde není od toho každého „uzdravit“, ale je tu od toho aby byl oporou a poskytovatelem informací klientovi i jeho rodině (Mahrová, 2008).

3. Schizofrenie, schizotypní poruchy a poruchy s bludy

Název schizofrenie znamená rozštěp mysli. Přesně tento popis vyjadřuje projevy tohoto onemocnění. Jde o narušení všech psychických funkcí. Porucha myšlení, vnímání, neschopnost emotivně vyjadřovat city, poruchy chování a porozumění druhým. Nemocní schizofrenií mají problém utřídit si myšlenky a získané informace. Každý zdravý člověk má jakýsi „filtr“ pro příjem informací. Umíme rozlišit co je důležité, a co je možné zapomenout. U nemocných schizofrenií tento filtr chybí. Všechny informace jsou pro ně stejně důležité. Nedokáží porozumět dlouhým rozhovorům a mají poté v hlavě zmatek. Pro někoho obyčejná situace, pro nemocného, který nepochopí co se děje, může tato situace mít ničivý a ohrožující význam. Mohou se cítit středem pozornosti a vše co se ve všedním životě děje, se děje kvůli nim. Typickými jsou dlouhé pomlky v rozhovoru a pocit, že někdo z hlavy myšlenky odnímá. Nemocní si mohou myslet, že dokáží číst myšlenky, nebo že někdo čte myšlenky jim. Nedokáží rozlišit realitu od skutečnosti. Soužití s takto nemocným člověkem je velice těžké, až nemožné (Mahrová, 2008).

V roce 1911 byl švýcarským psychiatrem E. Bleulerem zaveden pojem schizofrenie. Předtím se schizofrenie diagnostikovala jako předčasná demence (*dementia praecox*). Tento termín definoval německý psychiatr E. Kraepelin. Štěpení, které vymyslel Bleuler, později identifikoval jako příznaky schizofrenie. V padesátých letech dvacátého století, vylepšil definici schizofrenie psychiatr K. Schneider. Jeho definice příznaků má být jasně daná pro diagnostiku schizofrenie (Probstová, Pěč, 2014).

Podle MKN-10 je schizofrenie diagnostikovaná takto: Objevují se bludy a halucinace, jak zrakové, tak sluchové (hlasy). Hlasy komentují chování nemocného, mohou na něho útočit. Poruchy motivace se sociálním odtažením, vkládání myšlenek jiným osobám. Katatonní příznaky. Narušení kontaktu s realitou. Tyto příznaky mohou být chronické, v atakách nebo ataky s remisemi (Smolík, 1996).

Nepřiměřenost emocí, která nemoc provází, se definuje otupělostí, ale také může jednat zcela jinak, než je okolí zvyklé. Může se smát v nevhodných situacích, měnit rychle náladu a názory. Mohou být velice citliví, až depresivní. Jejich chování je pro okolí nápadné

a společnost se právě kvůli projevům nemoci mohou nemocnému stranit. Nemocný pociťuje neklid, hovoří sám k sobě. Může být i agresivní. U této nemoci je nedílnou součástí i sebevražedné chování (20-40% pacientů) (Vágnerová, 2014).

Narušení sebepojetí osobnosti je dalším důležitým příznakem onemocnění. Nemocný si není jistý, kde jeho tělo končí a kde začíná. Může mít pocit, že jeho tělo ovládá někdo jiný, že se ho snaží vystrnadit z těla. Může se nepoznávat v zrcadle. Neuvědomuje si, že je takto nemocný a tím pádem nemá důvod se léčit. Léčba je pro něj útokem. Ač jsou tyto projevy sebevíc děsivé, nemocný má v nich jistotu a bojí se změny a léků. Pokud svolí k léčbě, zjistí, že léky jsou v některých projevech úspěšné, získá nadhled nad nemocí a léčba může být relativně úspěšná. Ovšem toto onemocnění se nedá zcela vyléčit. Pouze potlačit jeho těžké projevy a nemocnému zpříjemnit život (Vágnerová, 2014).

Nemocných schizofrenií je přibližně 1%. Výskyt onemocnění je po celém světě ve stejné míře. Vzniká v adolescenci od 15-35 let. U žen je nemoc méně agresivní a také nastupuje později než u mužů. Rozvoj onemocnění je podmíněn dědičností a vnějšími vlivy prostředí. Onemocnění se u každého jedince projevuje jinak. Nemocní schizofrenií mají odlišnou strukturu mozku. Má menší hmotnost díky úbytku kůry vlivem poklesu počtu neuronů. V mozku mají schizofrenici také problém s odchylkami dopaminu a serotoninu. Vnější vlivy, zejména rodina působí na vznik onemocnění v 20%. Špatné zacházení, nedostatečná péče, surové jednání, bití nebo šikana ve škole. To vše může vyvolat nemoc, která v daném člověku je (Češková, 2006).

3. 1. Typy schizofrenie

Schizofrenie má čtyři typy. Nejsou přesně určené, jelikož se různě prolínají a každá osoba nemocná schizofrenií nemá jeden jasný typ.

- **Paranoidní schizofrenie** – Nejčastější typ schizofrenie, u nemocného se objevují bludy (paranoidní) a halucinace (hlasy, které nemocnému přikazují, co má dělat, nebo ho nabádají o nebezpečí). Halucinace mohou být také čichové a chuťové. Chování nemocného může být agresivní. Je možné, že by nemocný mohl své okolí

napadnout v rámci obrany proti neexistujícím nepřítelům. S paranoidní schizofrenií souvisí také porucha vůle a otupělost.

- **Hebefrenní schizofrenie** – Začátky se projevují v adolescenci. Nemocný má pubertální projevy, nepředvídatelné a neodpovědné chování. Tato forma není příliš častá. Nemocného lze těžce přesvědčit k léčbě. K okolí se nemocný projevuje grimasami ve tváři, chichotáním. Nemocný se chová nepřiměřeně k situaci. Často se věnuje náboženským otázkám, filozofování, bez jasného cíle a pouze povrchně. Nemocný si není jist svým bytím. Neví, jestli je žena, muž nebo zvíře. Typickým je střídání emocí, deprese a strach. Nemocný ztrácí zábrany a neumí se k druhým chovat. O svůj vzhled a oblékání se nezajímá.
- **Katatonní schizofrenie** – Méně častá forma schizofrenie. Nemocný se projevuje neobvyklými pohyby a impulzivními činy. Typické jsou poruchy motoriky. Nemocný je buď katatonní (ztuhlost, snížení pohybů), nebo nekomunikuje s okolím, jelikož není funkčně schopen hovořit, je negativistický (má odpor k pokynům k pohybu), prožívá ztuhlost ve svalech, zůstává v neobvyklých polohách těla, nebo naopak je bez smyslu a účelu motoricky aktivní. Psychomotorika je buď zcela strnulá, nebo nadměrně aktivní s prvky prudkého chování. Objevují se horečky a může nastat i smrt.
- **Simplexní schizofrenie** – Nemocný se uzavírá do svého světa. Od počátku věku je nemocný introvertní a uzavřený. Emočně je oploštělý, kontakt s okolím nepotřebuje, nemluví a tráví čas povalováním nebo nečinností. Zanedbává hygienu a sociálně se izoluje. Nemoc se projevuje pomalu a nelze hned přesně diagnostikovat. Nemocného nic nebaví, nezajímá.
- **Nediferencovaná schizofrenie** – Nelze zařadit mezi předchozí formy (Malá, 2002).

3. 2. Léčba

Léčba schizofrenie se skládá z neuroleptik a psychoterapie. Léčba žádá ucelený přístup. Zmiňovaná neuroleptika se rozdělují do tří skupin. Neuroleptika bazální, incizivní a atypická. Léčba se stanoví podle aktuální situace nemocného. Pokud je v akutní fázi, léčba

vyžaduje hospitalizaci v lůžkovém zařízení. Cílem této léčby je vymýcení pozitivních příznaků, jako je agresivita, hyperaktivita. Důležité je zamezit bludům a halucinacím. V rámci akutní léčby se nemocnému dostává psychosociální intervence, která má nemocného podporovat, omezit stres a uklidnit. Nemocný je psychoedukován o své léčbě, taktéž jeho rodina. Tento akutní stav může trvat 4-8 týdnů, záleží na každém člověku, jak situaci zvládá. Po akutním stavu nastává fáze stabilizace. Cílem je udržet současný stav. Na nemocného se nekladou nároky. Tato situace může trvat až rok. U nemocného hrozí relaps, proto se musí s nemocným jednat v klidu a příliš nezatěžovat. Pokud se nemocný dostane do stabilního stavu, je obvykle propuštěn z nemocnice. Farmakoterapie a psychosociální intervence nadále pokračují. Po fázi stabilizace se u nemocného dostaví fáze stabilní. Cílem je zamezení relapsu a udržení remise. V této fázi se s nemocným dá pracovat na jeho socioterapii. Uvedené postupy v léčbě jsou učebnicové. V realitě nemocný střídá fáze relapsu a remise. Těžko se smíruje s nemocí, ztrácí rodinu, pokud nějakou má, je izolován od společnosti, zažívá nežádoucí účinky léků a hledá dobrého psychiatra. V takových situacích by měla nastoupit sociální podpora od sociálních pracovníků a nemocného pomoci vyvést z bludného kruhu onemocnění (Češková, 2006).

3. 3. Přístup sociálního pracovníka

Důležitý je přístup k nemocnému v multiprofesním týmu. Sociální pracovníci spolupracují s psychiatry a psychology, pomáhají rodinu a nemocného zasadit do správné nabídky služeb. „*U onemocnění schizofrenie se uplatňuje individuální psychodynamická psychoterapie, kognitivně-behaviorální terapie, podpůrná psychoterapie, skupinová a rodinná terapie, trénink sociálních dovedností.*“ (Probstová, Pěč, 2014, s. 56).

Při hospitalizaci v nemocnici, například v Psychiatrické nemocnici Bohnice, jsou sociální pracovníci přítomni na každém oddělení. Jsou hospitalizovaným nemocným k dispozici v praktických i psychosociálních oblastech. Také komunikují s rodinou. V této fázi, kdy je nemocný psychicky špatný fungují spíše jako podpora.

V rámci stabilizace, sociální pracovník musí zmapovat situaci klienta. Provede sociální šetření v oblasti bydlení, financí, rodinné situace, zranitelnosti, kvality života.

Rozhovorem s klientem zjistí, kde jsou mezery v jeho životě, kde potřebuje sociální pomoc a podporu. Například pokud je klient propuštěn z hospitalizace, je důležité zajistit mu bydlení. Pokud klient nemá kam jít, pomáhají zajistit chráněné bydlení. Pokud bydlí s rodinou, poskytnout rodině informace o nemoci a možnostech. Pomoci klientovi zajistit invalidní důchod, pokud ho již nepobírá. Zmapovat, co klient právě potřebuje. S klienty se schizofrenií, je toto velmi těžké, protože sami nevědí, co chtějí a kam mají směřovat. Důležité je, zajistit jim opětovné sociální začlenění. Navštěvovat denní stacionáře, terapeutické skupiny, zájmové aktivity. Nejhorší pro nemocného schizofrenií, nebo i jakoukoliv duševní poruchou je nemít pokrytý volný čas. Je důležité, nesedět doma a neutápět se v pocitech, ale rozptýlit se.

Sociální pracovník, by měl respektovat klientovy nedostatečné sociální dovednosti. Dále respektovat projevy nemoci a rozeznat stavy nemoci a stavy remise. Měl by dobře znát klientovo prostředí, jelikož v něm se nemocný pohybuje nejčastěji. Terénní sociální práce je s takovými klienty velice důležitá (Probstová, Pěč, 2014).

V rámci vztahu s klientem je nejdůležitější důvěra. Ta se s osobou nemocnou schizofrenií velice těžce buduje. Klient a sociální pracovník se musí poznat, pracovník si musí pomoci pozitivního a nekonfliktního vztahu klienta získat. Setkání se odehrávají tam, kde se klient cítí bezpečně, jsou stanoveny začátky a konce setkání. Samozřejmostí je vyjít klientovi vstříc a rozpoznat, kdy klient potřebuje prostor a kontakt zprostředkovat po telefonu. K vybudování úspěšného vztahu je důležité, aby sociální pracovník akceptoval nelogické chování klienta. Nebral si tyto projevy k sobě a přijímal je jako projevy onemocnění. Měl by také osvětlit chování druhých nebo klienta, protože se nemocný může vlivem onemocnění cítit zmaten. Nejasnosti u sociálního pracovníka se dají vyjádřit na pravidelné supervizi (Probstová, Pěč, 2014).

Rozhovor by měl probíhat v tempu klienta. Sociální pracovník by neměl klienta zahrnovat přemírou informací, měl by umět rozhovor vrátit zpět, tam kam potřebuje, pokud klient zahne. Na počátku rozhovoru sociální pracovník nemocnému vysvětlí, jaká jsou témata rozhovoru, jak bude dlouho trvat a jaký je cíl. Využívá otevřené otázky, poskytuje

empatii, aktivní naslouchání, zpětnou vazbu. Sociální pracovník musí respektovat nazírání klienta na věc. Velice často klienti sociálního pracovníka žádají o radu, nebo o přenechání odpovědnosti na druhé. Sociální pracovník by se měl radám vyhnout. Pokud bude sociální pracovník svým klientům radit, vymizí efekt na vlastním zlepšení života a také autonomie klienta. Sociální pracovník nesmí klienta vést, ale doprovázet (Probstová, Pěč, 2014).

Pracovní rehabilitace je velice prospěšná pro klienty trpící schizofrenií. Zajišťuje resocializaci, získání nových kontaktů, pocit důležitosti z odvedené práce. Hlavně klient získá cíl dne, a jeho život neplyne v duševním neklidu. Využívají se chráněné pracoviště, kde mohou pracovat na menší úvazek.

Kombinace nácviku sociálních dovedností a rodinná terapie jsou prospěšná pro posílení působení psychofarmak a prevence relapsu (Höschl, 2002).

4. Afektivní poruchy (poruchy nálady)

Do afektivních poruch nálady spadají nemocní, kterým život omezují stavy mánie, deprese nebo smíšené stavy. Střídání mánie a deprese v různých časových intervalech nazýváme jako bipolární porucha. Pod poruchu nálady spadá téměř pětina populace. Toto onemocnění je z hlediska ekonomického velice nepříznivé, jelikož deprese ve světě i u nás je nejčastější příčinou ztráty průčeschnosti (Raboch, 2006).

Hlavním projevem onemocnění je patologická nálada, která nesouvisí s aktuální situací nemocného. Narušuje jeho prožívání, vztahy s druhými i fyzickou stránku. Jejich důsledkem je sociální vyčlenění a neschopnost sociálně fungovat. Každý člověk cítí ve svém životě střídání emocí, ovšem tyto emoce jsou v normě a relativně ve velké míře neovlivňují sociální fungování. U nemocných afektivní poruchou nálady, emoce ztrácejí orientační funkci, jelikož uvádějí nesprávnou reakci na situaci a to může vést k nesprávnému jednání. Stavy deprese a mánie nemůže nemocný ovlivnit. Od obyčejného smutku nebo radosti, se odlišují dlouhodobým trváním a hlubším prožíváním. Nesprávně se ve společnosti označuje smutek nebo špatná nálada jako deprese. Deprese je stav, který člověk když nezažije, nemůže pochopit. Začátek epizody je většinou spjat s nějakým negativním nebo hlubokým prožitkem (Vágnerová, 2014).

„V kterémkoliv okamžiku na světě trpí 340 milionů lidí depresí“ (Češková, 2006, s. 201). U žen je výskyt deprese vyšší nežli u mužů. Na světě trpí nejméně depresí obyvatelé Japonska (1-2%) a nejvíce obyvatelé Chile (27,3%). Bipolární poruchou trpí po celém světě 1-2% obyvatel (Češková, 2006).

Ke vzniku tohoto onemocnění může přispět řada faktorů, které se provázejí. Jde o dědičnost, vlivy prostředí a s tím související aktuální zátěže. Geneticky jde v mozku o změnu v jeho fungování. Poškození levé hemisféry souvisí s depresí a poškození pravé s mánií. Neurotransmitéry v mozku a jejich hladina ovlivňuje vznik afektivních poruch. Jak bylo řečeno výše, deprese více postihuje ženy, než muže. V tomto případě nejde pouze o biologii, ale také sociální očekávání, vytvářející napětí a tlak. Tato očekávání jsou zaměřena právě na ženy. Vnější vlivy prostředí, hlavně ve výchově ovlivňují vznik onemocnění. Výchova a

pozorování utváří dítě a jeho způsoby jak bude své zkušenosti a poznání projevovat v budoucím životě. Pokud je matka příliš citlivá až depresivní a dítě to vidí, může v budoucnosti reagovat na stresové faktory podobně. Zátěže, například ztráta role, která může být způsobena vlivem úmrtí v rodině, rozvodu, jsou spouštěcí faktory depresivního onemocnění. Důležité je, jak člověk dokáže přijmout a vyrovnat se s nepříznivou životní událostí. Vlivy prostředí mohou být také klimatické a cyklické (střídání ročních období, dne a noci). Afektivní poruchy mají různý vývoj. Každý své ataky zažívá jinak. Může trpět depresí, mánii nebo se mu tyto stavy mohou střídát. Může mít období remise nebo může být v atace deprese půl roku (Vágnerová, 2014).

4.1. Deprese

Depresivní epizoda se vyznačuje smutnou náladou, nemohoucností prožívat radost, ztrátou pozornosti, ztrátou starat se o sebe, o své okolí, apatií, poruchami myšlení (pocity že nikoho nemám, že o mě nikdo nemá zájem, že tady vlastně nejsem důležitý), ztrátou sebevědomí, beznadějí, sebevražednými myšlenkami. Tento popis vlastně vypadá, že člověk trpící depresí jakoby zemřel. Připadá si cizí sám sobě, ale i okolí. Prožívá návaly breku a apatie. Může ztratit chuť k jídlu a nejíst, nebo na druhou stranu jíst až přehršel. Depresi provází fyzické obtíže. Nespavost nebo přílišná spavost. Snížená nebo vůbec žádná chuť do života. Neschopnost ráno vstát z postele. Bolesti hlavy, zad, břicha, pocity chladu, svírání na hrudi. Každý fyzický úkon je pro člověka trpícího depresí nemyslitelný. Nemocný má pocit méněcennosti, pochybuje o své osobě a napadají ho sebevražedné myšlenky. „*Dvě třetiny nemocných o sebevraždě uvažuje, 10-15% skutečně suiciduje.*“ (Vágnerová, 2014, s. 362) Tyto obtíže musí trvat minimálně dva týdny, aby mohl být stanoven termín depresivní epizoda. Deprese se dělí na mírnou, střední a těžkou. U deprese se často objevují automatické negativní myšlenky. Tyto myšlenky se nemocnému dostávají do hlavy automaticky, bez jasné příčiny. Jsou nutkavé a v nemocném prohlubují pocity úzkosti a beznaděje. Je těžké je zamezit a čím se nemocný snaží víc, tím se objevují častěji. Tyto myšlenky se mohou týkat svého zdraví, nebo okolí, také strachu ze smrti, ze ztráty blízkých, obviňování sebe sama, nebo nějaké určité události, kterých se nemocný bojí. Tyto myšlenky lze přirovnat jako

havrany, kteří si v naší hlavě chtějí udělat hnízdo. Je důležité je neodhánět, ale neumožnit jim to „hnízdo“ vyrobit. To znamená svou mysl zaměstnávat jinými, námi příjemnými věcmi. Je však nutné podotknout, že nemocný v depresivní epizodě, není schopný sám něco ve svém myšlení změnit. Je potřeba medikace a terapie (Probstová, Pěč, 2014).

Pesimistické vidění světa, ve kterém nemocný žije, je pro něho normální stav. V rámci mezí si uvědomuje, že vše není tak černé, jak to vidí, ale má pocit, že ten přijatelný svět není určen pro něj, ale pouze pro ostatní. On je vlastně ten špatný, a proto to dobro není pro něj. Poznávací procesy jsou narušeny neschopností cokoliv vytvářet, určit si vhodné prostředky a v této činnosti vytrvat. To vede k další vlně sebeobviňování. Nemocní hůře chápou, mají poruchy myšlení a neustále přemítají své problémy. Mohou se vyskytovat bludy a halucinace. Existuje psychotická deprese, melancholie, atypická deprese, sezónní porucha nálady, sekundární depresivní porucha a periodická depresivní porucha (Raboch, 2006).

Okolí reaguje na depresivního člověka většinou soucitně. Soucit je v pořádku, ovšem pokud je přemrštěný, tak nemocnému ubližuje, jelikož ho v nemoci utvrzuje. Opačnou reakcí okolí na depresivního člověka je agrese. Mají pocit, že nemocný své projevy přehání, že by se měl vzchopit a nelitovat se. Okolí by se mělo k nemocnému chovat s laskavostí a trpělivostí. Přehnané litování, nebo povzbuzování, že za chvíli bude lépe, nemocnému nepomůže (Praško, 2004).

Deprese může mít jasnou příčinu vzniku (smrt blízkého, onemocnění, stres), ovšem některé příčiny vzniku deprese jasné nejsou. Může jít o zážitky z dětství, vliv prostředí, dědičnost. Potom postačí menší psychický otřes a nemocný upadá do depresivních stavů (Probstová, Pěč, 2014).

4. 2. Mánie

Hlavním projevem mánie je nepřiměřeně rozjařená nálada, mnoho energie a aktivita. Doprovází ji hyperaktivita, nevhodné vystupování, motorický neklid, nadměrná komunikativnost, myšlenkový trysk, omezení zábran, riskantní chování, utrácení, zvýšená sexuální aktivita, snížená potřeba spánku a jídla. Neschopnost vyhodnotit následky svého

chování. Pokud nemocný pocítí od svého okolí odpor, může se jeho nálada proměnit v agresivní chování. Nemocný se může neobvykle oblékat, líčit a chovat se promiskuitně. Objevují se megalomanské bludy, přeceňuje se a dělá věci, na které nemá kapacitu. Mánii dělíme na **hypománii**, která je charakterizována mírně povznesenou náladou trvající čtyři dny. Dále na **mánii**, která trvá týden a na **mánii s psychotickými příznaky** (Češková, 2006).

Pod rozjařenou náladou se skrývá nejistota. Nemocný vlastně své pochyby vyvrací tímto zvráceným chováním. Jeho humor je spíše provokativní, než veselý. Ponižuje tím ostatní a zaměřuje se na jejich slabé stránky. Pouze mánie není častá. Skrývá se v onemocnění bipolární porucha. Mánie se obvykle objevuje ve třicátém věku života člověka. (Probstová, Pěč, 2014).

4. 3. Bipolární afektivní porucha

Jde o onemocnění, při němž se střídají manické a depresivní epizody. Mánie i deprese mají různý epizodický charakter. Mezi epizodami se odehrává období remise. Někdy může jedna epizoda následovat druhou. Manické epizody se mohou objevit jen párkrát. Mezitím se nemocný potýká s depresí a sebevražednými myšlenkami. Střídání epizod může nastat i v rámci hodin, ale spíše jde o dlouhodobější charakter. Prodromy znamenají signalizaci přicházející nemoci. U deprese jde například o pokles nálady, ztráta energie a pozornosti (Praško, 2004).

Bipolární porucha postihuje 1% obyvatel. Je léčitelná, ale velice obtížně. Zahrnuje komplexní přístup lékařů, rodiny a sociálního pracovníka (Doubek, 2013).

Bipolární porucha se dá rozdělit podle střídání epizod do několik typů. **Bipolární porucha I** (střídání epizod s obdobím remise), **bipolární porucha II** (vyskytují se hypomanické stavy, ale jde spíše o depresivní epizody), **bipolární porucha III** (depresivní stavy, následované mánii, která je způsobena léčbou antidepresivy) (Doubek, 2013).

„Při vzniku bipolární poruchy přepokládáme určitou kombinaci a vzájemné působení různých biologických a sociálních vlivů, které vytvářejí dispozici k onemocnění.“ (Praško, 2004, s. 33). Pokud má člověk dispozice k onemocnění, nemusí bipolární poruchu mít. Záleží, jaké události se mu v životě stanou, jak je přijme. Stres není příčinou, ale

spouštěčem této nemoci. Na existenci nemoci má vliv dědičnost a vliv prostředí. Stanovení diagnózy je těžké, jelikož se bipolární porucha svými projevy může zaměnit například s depresí nebo schizofrenií. Průměrná doba stanovení diagnózy je osm let. Počátky onemocnění se objevují mezi 15. – 25. rokem věku. Toto onemocnění je velice závažné jak pro nemocného, tak pro jeho okolí. Nestálost emocí a nemožnost fungovat, nemocného omezí jak v pracovním, tak soukromém životě. Je důležité včas vyhledat psychiatrickou a terapeutickou pomoc (Herman, 2004).

4. 4. Léčba poruch nálad

Léčba poruch nálad je možná. Musí ovšem zahrnovat všechny aspekty. To znamená farmakologickou léčbu, psychoterapeutickou léčbu a sociologickou. Používá se také léčba biologická, kdy se přistupuje k elektrokonvulzivní terapii. Léčba by se měla skládat z léčby akutní (odstranění co nejrychleji symptomů nemoci), udržovací (cílem je zůstat v období remise) a profylaktické (dlouhodobá, celoživotní s cílem zabránit návratu obtíží). Pokud hrozí u nemocného suicidální jednání, je nutná hospitalizace (Praško, 2004).

Farmakologická léčba pomáhá unést aktuální problémy spojené s poruchou. Medikace se vybírá podle závažnosti stavu nemocného. Většinou se přistupuje k antidepresivům. Ty se užívají při léčbě depresivních epizod. Je důležité hlídat hladinu léků, jelikož může dojít k přesmyku do manické fáze. Antidepresiva mohou hlídat hladinu serotoninu v mozku nebo také ovlivňují jiné neurotransmitery. U antidepresiv je nežádoucí jejich pozdější nástup účinku (většinou tři týdny). Mezitím, než antidepresiva nastoupí účinku, bere nemocný benzodiazepiny jako je Neurol nebo Diazepam. V případě manické epizody, užívá nemocný léky jako je lithium. Při bipolární poruše jsou nemocnému dávkovány antipsychotika, které se užívají také k léčbě schizofrenie. Komplikací může být, že nemocný nechce léky užívat a s doktorem nespolupracuje. Sociální pracovník by měl rodinu a nemocného obeznámit o komplikacích při nespolupráci. Nemocný by měl mít nárok na spoluúčast na své léčbě (Češková, 2006).

Nefarmakologická léčba je dalším důležitým bodem při léčbě poruch nálad. Spadá sem například psychoterapie. Při psychoterapii se podporují zdravé části osobnosti

nemocného. Může být individuální, skupinová, rodinná. Psychoterapeut nemocného doprovází léčbou, pomáhá nemocnému vyřešit kdo je, kde jsou jeho silné stránky a jak se na sebe může spolehnout. Skupinová psychoterapie může pomoci ujasnit si, že nemocí netrpím jen já, nechat se inspirovat, jak s ní bojují ostatní. Dále se využívá kognitivně-behaviorální terapie, která má za cíl opravit nežádoucí myšlenky, pomoci přijmout onemocnění, upravit vzorce chování. Pomáhá nemocným zvládat stresové situace a plánovat svůj čas. Manželská terapie pomáhá vyřešit problémy v milostném životě, pokud deprese u nemocného má svůj počátek zde. Dále je možné uplatnit logoterapii, Rogersovskou terapii, psychoedukaci a využít nabídky sociálních služeb (Praško, 2004).

4. 5. Přístup sociálního pracovníka

Pokud pracuje sociální pracovník s klientem, který je v manické fázi, pracuje s rodinou. Nemocný potřebuje pocit stability a zázemí. Vztahy v rodinném kruhu nemocného mohou být komplikované. Může zde být více nemocných členů rodiny. Na sociálního pracovníka je poté nahlíženo jako na rozhodčího. Psychoedukace, která je pro rodinu i klienta důležitá, protože pomáhá pochopit nemoc, je součástí práce s klientem a rodinou sociálního pracovníka. Pokud pracovník zahájí kontakt s klientem, nejprve provede šetření, kde se dozvídá od klienta jakou má anamnézu, jaká je jeho aktuální situace, co od sociálních služeb očekává. Poté pracovník sestavuje plán jak pracovat s klientem. Pracovník nahlíží na klienta jako na nemocného, i když pro neznalého v manické fázi, tak nemusí vypadat. Je zde možnost řešení dluhů, které sociální pracovník s klientem pomáhá řešit. Sociální pracovník pracuje s okolím klienta, jelikož nemoc se neodráží pouze v něm, ale postihuje také rodinu. Při komunikaci, by se sociální pracovník neměl snažit „dohnat“ klientovo myšlení a jednání, ale vytvořit prostředí, kde se klient může zastavit a zklidnit. Hlavní je udržet si trpělivost a nepouštět se s klientem do konfliktů (Probstová, Pěč, 2014).

Při práci s klientem v depresivní fázi sociální pracovník také zahájí práci s klientem šetřením. Hodnotí stav klienta, kolik depresivních epizod v životě již proběhlo a jestli je zde reálná možnost rizika suicidia (pokud má klient myšlenky na sebevraždu, už někdy byl takový pokus, jestli zneužívá látky nebo má výraznou úzkost). Využívá psychoedukaci

rodiny. Cílem práce s klientem je rozpoznat jeho depresivní stavy, udržet s ním spojení a podporovat v léčbě. Sociální pracovník pracuje s trpělivostí, hovoří srozumitelně, vyjadřuje podporu. Poruchy nálad jsou těžká onemocnění, ale pokud klient vyhledá sociální služby, může se zlepšit kvalita jeho života i jeho blízkých (Probstová, Pěč, 2014).

5. Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy

Jde o různorodou skupinu poruch, které spojuje úzkost, panické ataky a somatické prožitky s nimi spojené. Jde o strach, který nemocný cítí, i když není racionální důvod ho pociťovat. Jde o iracionální strach, který může spustit myšlenka, rozhovor nebo může nastat bez příčiny. Postižený není schopen své pocity ovládat, i když ví, že tyto pocity nejsou logického původu. Jde o narušení emocí, které jsou navyklé na naučených mechanismech a propojené s psychickými a somatickými funkcemi. Tato úzkost, která nemocného pohltí je důsledkem reakcí na strach. Při strachu nebo konfrontaci, mozek tělo připraví buď na boj, nebo útěk. Proto nemocný pociťuje fyzické změny v návalu paniky jako je bušení srdce, odliv krve do částí těla potřebné k útěku, pocity na zvracení, sevření hrudi. Mezitím nemocný přemýšlí nad iracionálními scénáři toho co se s ním děje. Většinou má strach, že umírá. To vede k prohlubujícímu strachu a tím sílící panické atace. Myšlenky se točí okolo nemoci, smrti, představám pobytu v nemocnici, mohou být také stavy, že není psychicky normální. Toto vše se děje zároveň. Pociťovat úzkostné projevy je vrozené, ale mohou jej zveličovat stres a negativní zážitky v životě. Neuróza je poškození přizpůsobení vůči okolí, i sobě samému. Neuróza může být akutní (vyvolané traumatem) nebo strukturální (dlouhodobé narušení v sociálním životě). Trvalejší pocity úzkosti vedou ke změně chování a k častým panickým atakám. Může se vytvořit i fobie. Člověk, který je neustále ve stresu a napětí jinak pohlíží na své tělo. Normální projevy lidského těla, které by dříve považoval za normální, nebo by si jich při nejmenším nevšiml, jsou pro něj projevem určitého onemocnění. Poté se těmito myšlenkami zabývá častěji, vyhledává si informace o projevech nemocí, o kterých si myslí, že jimi trpí a uzavírá se do světa úzkosti. Navštěvuje lékaře a požaduje neustálé vyšetření. Hovoří o somatických projevech těla, o bolestech co ho trápí. Tím také omezuje své okolí a může se stát, že se mu bližní začnou stranit. Pokud úzkost omezuje člověka v normálním fungování, spadá pod kategorii poruch. Úzkostné poruchy jsou nejčastějšími duševními poruchami (Mahrová, 2008).

Mezi neurotické poruchy patří: fobické úzkostné poruchy, jiné úzkostné poruchy, obsedantně-kompulzivní poruchy, reakce na závažný stres a poruchy přizpůsobení, disociační poruchy, somatoformní poruchy, jiné neurotické poruchy. Podle DSM-IV se poruchy dělí: úzkostné poruchy, somatoformní poruchy, disociační poruchy a poruchy přizpůsobení (Smolík, 1996).

Příčiny vzniku úzkostných poruch ovlivňuje dědičnost. Například že jedinec má sníženou toleranci k zátěži, je úzkostlivý, nebo má sklon k somatickým obtížím. Odchytky neurotransmitérů mají vliv na vznik úzkostné poruchy. Například nízká hladina serotoninu. Vliv prostředí, jako skoro u každé psychické nemoci má vliv na vznik onemocnění. To, jak se člověk vyrovnává s negativními prožitky a jak se projevuje úzkostně je dáno učením. Každý člověk je jiný. Dva jedinci mohou prožít tu samou událost, ale reagovat zcela odlišně. Proto lidé trpící úzkostnou poruchou mají většinou problematické dětství, jelikož jsou naučeni jak reagovat na stres a špatné zážitky jsou u nich generalizovány. Později se úzkosti mohou projevit, i když se relativně „nic“ neděje (Vágnerová, 2014).

5. 1. Fobické úzkostné poruchy

Jde o skupinu poruch, při nichž nemocný má strach z věcí nebo situací, při kterých běžně nehrozí nebezpečí. Nemocný tyto situace nevyhledává, a pokud je nucen je podstoupit, tak je snáší se strachem a úzkostí. Nemocného nijak neovlivňuje, že okolí tyto situace nepokládá za nebezpečné. „*Fobii lze považovat za naučenou strachovou reakci na určitý podnět, která se vytváří z původně neurčité úzkosti.*“ (Vágnerová, 2014, s. 381). Nemocný ví, že jedná iracionálně, ale není schopen tomuto jednání zamezit.

Agorafobie je strach z otevřených prostor velké velikosti. U postiženého touto fobií jde o pocit, že není jednoduché uniknout. Tyto pocity zažívá v dopravních prostředcích, v kině, obchodních centrech. Pokud se do takové situace nemocný dostane, může u něho v dané chvíli propuknout i panická ataka. Obranou proti této fobii je pro nemocného útek. To znamená, že odmítá chodit do obchodu a jezdit dopravními prostředky. V podporování těchto činností hrozí větší uzavírání se do sebe a plné rozvinutí fobie. Agorafobie v sobě

kloubí také strach z opuštění domova, z velké kulminace lidí, z cestování. Tato porucha spíše postihuje ženy (Malá, 2002).

Sociální fobie je strach ze společnosti lidí. Tato fobie může být zaměřena na buď strachem z opačného pohlaví, ze stravování se na veřejnosti, nebo také na interakci s okolím, kromě rodiny. Tato fobie se objevuje u lidí, kteří mají problém se sebehodnocením, trpícími malým sebevědomím a nízkou sebeúctou. Osoba o sobě nemá valné mínění, a proto se děsí posuzování druhými. Nemocný se ve společnosti chová s úzkostí, pociťuje nevolnost, může mít poruchy řeči nebo třes. Tato fobie postihuje ve stejné míře muže, i ženy.

5. 2. Jiné úzkostné poruchy

Panická porucha se projevuje náhlou atakou úzkosti. Jde o krátké pocity strachu, sevření, že dotyčný umírá, že sílí. Po jedné prožité atace většinou člověka postihne více opakování. Ženy tato porucha postihuje častěji. Každá osoba panickou ataku popisuje jinak, ale co je shodné, je náhlý začátek, bolesti na hrudi, dušnost, závratě. Tyto stavy se dějí jen několik minut, ale strach že stav přijde znovu, většinou nemocného podnítí k další atace. Ataky většinou začínají po nějaké těžké životní události jako reakce na neustálý stres a napětí. Požití návykových látek jako marihuana, může panickou poruchu také vyvolat. Nemocný může také pociťovat pouze nepříjemné tělesné stavy, bez zmiňovaného strachu. Většina populace není zcela informovaná o těchto stavech, a proto nemocnému nerozumí anebo nemocný neví, že tyto stavy jsou pouze z jeho hlavy, a proto navštěvuje veškerá zdravotnická zařízení. Testy jsou negativní a nemocný se dále utápí v bezmoci. Později, pokud není zahájena léčba, se u nemocných objeví deprese nebo problémy s návykovými látkami. Je zde také možnost sebevraždy (Češková, 2006).

Generalizovaná úzkostná porucha je spojená s úzkostí, která trvá většinu dne. Předmětem strachu, který nemocný pociťuje, je něco neurčitého. Jde zde pouze strach a úzkost. Nemocný si je vědom, že jeho pocity nejsou oprávněné situací. Nemocní mají strach i z těch nejjednodušších záležitostí, nezvládnou relaxovat, pociťují smutek, neustálé napětí. S tím se pojí i fyzické projevy jako je bolest svalů, třes, bolest hlavy. Ženy touto poruchou

trpí častěji, než muži. Nemocný má pocit, že tato úzkost je jeho trvalou součástí a že není možnost léčby (Rahn, 2000).

5. 3. Obsedantně-kompulzivní porucha

Při této poruše se u nemocného objevují obsedantní myšlenky, které jsou nepříjemné a nutí nemocného k určitému činu. Jde o různé nápady, myšlenky, na které nemocný neustále myslí a vtírají se mu do podvědomí. Tyto myšlenky nemocného obtěžují, jelikož jsou buď násilného, nebo nesmyslného charakteru a dotyčný se jich snaží zbavit. Tyto činy, které nemocný provádí, mu nepřivozují příjemné pocity, ani nejsou nijak užitečné. Nemocný má pocit, že daný úkon musí vykonat, jinak se stane něco špatného jemu, nebo jeho okolí. Myšlenky v hlavě jsou tak protivné, že nemocný „musí“ tyto úkony vykonávat, aby snížil tuto nepohodu. *„Jde o poruchu zahrnující nejenom kognitivní a afektivní postižení, ale i narušení exekutivních funkcí.“* (Vágnerová, 2014, s. 386). Touto poruchou trpí 2-3% populace. Tato porucha je dědičného základu. Je spojena s depresí. Bezmoc, cítí nemocní touto poruchou, jelikož myšlenky, že se například jejich blízkým může něco stát, nemohou ovlivnit. Činy, které nemocný provádí, se většinou týkají čištění. Buď sebe, nebo přehnaný úklid. Také pocity, že nemocný nezamkl dveře, Myšlenky, které nemocného napadají, mají spojitost se svědomím dotyčného. Jak on dané situace považuje za normální a co je pro něj, až příliš. Od toho se odvíjí pocity nepřijatelnosti. Tyto vtíravé myšlenky nelze ovlivnit vůlí, proto se v nemocném prohlubuje pocit bezmoci a ztráty vlastní kontroly. Získat jakousi kontrolu, nemocným pomáhá provádět již zmíněné nesmyslné úkony. Tyto úkony mohou trvat dlouhou dobu, můžou být složité na techniku, ale nemocnému dodávají pocit bezpečí, že vlastně proto udělal vše, co ve svých silách mohl. Tyto projevy jsou omezující, jak pro nemocného, tak pro jeho okolí (Mahrová, 2008).

5. 4. Reakce na stres a porucha přizpůsobení

Poruchy spadající do této kategorie mají příčinu v nějaké stresové události, která člověka postihne nebo déletrvající stres. Hlavním příznakem těchto poruch jsou znovuprožívané stresové události, úzkost, strach a pocity bezmoci. Každý stresové a zatěžující události zvládá jinak, a proto u někoho se po prožití nenadálé události, jako je

ztráta blízkého člověka, dopravní nebo jiná nehoda, může dojít k narušení chování a prožívání. Může k takovým narušením dojít, pokud člověk zažije událost, která se vymyká normálním lidským zkušenostem (znásilnění, přepadení). Důležité je i pro prožívání po nějakém násilném nebo stresujícím aktu, jestli je jasně daný viník, nebo jde například o živelnou katastrofu. Pokud je viník člověk, tak postižený může ztratit po zážitku důvěru v lidské pokolení (Vágnerová, 2014).

Akutní stresová porucha vzniká jako reakce na duševní stres nebo nějakou výjimečnou negativní zkušenost. Jde o krátkodobou reakci, působící hodiny, někdy dny. Jde o pocity beznaděje, zoufalství, zloby. Postižený buď strne, nebo volí útěk. Tuto poruchu můžou doprovázet výpadky paměti. Může jít buď o reakci na násilný čin, živelnou katastrofu, ale také třeba na ztrátu zaměstnání, rozvod, nevěra. Tato porucha se častěji objeví u osob, které jsou fyzicky, nebo psychicky vyčerpaní. Příznaky začínají útlumem, neschopností vnímat podněty, strnulostí. Objevuje se zvýšený tep a pocení. Později příznaky mizí a postižený si může dané období těžce pamatovat (Malá, 2002).

Posttraumatická stresová porucha je zpožděná reakce na danou nečekanou událost. Tato reakce je dlouhodobá. Jde o prožívání stresové události ve snech, vyhýbání se místu tragické události. Dotyčný nechce o události hovořit. Zažívá úzkost, beznaděj, odpor k sobě samému. Ztrácí zálibu ke svým koníčkům, nezajímá se o své blízké a upíná se k nějaké činnosti, která ho odpoutává od reality. V nejhorším případě k alkoholu. Trápí ho poruchy spánku a neklid. Tato porucha dopadá až na 30% účastníků živelných katastrof. Posttraumatická stresová porucha udeří na člověka nejdéle půl roku od události (Raboch, 2006).

Porucha přizpůsobení vzniká při nějaké podstatné životní události. Jde o reakci na tyto nepříznivé události. Jde o dlouhodobé depresivní stavy například po úmrtí blízkého člověka. Tato porucha se vyjadřuje agresivitou nebo disociálním chováním. Člověk zasažený touto poruchou, má pocit, že danou situaci a vyrovnání se s ní nedokáže zvládnout. Tato porucha se objevuje často u adolescentů, kteří nezvládají své nové role. Poté může z této poruchy vyplynout porucha identity (Mahrová, 2008).

5. 5. Disociativní poruchy

„Společným rysem je částečná nebo úplná ztráta integrace mezi vědomím a pamětí, vlastní identitou nebo vnímáním okolí.“ (Češková, 2006, s. 229).

Poruchy jsou spjaty s nějakou těžkou životní událostí. Disociace je ochranný charakter, který brání před bolestnými vzpomínkami na tragické události. Postižený má pocit, že je somaticky nemocný, ale testy jeho přesvědčení nepotvrdí. Nemocný se kryje před úzkostí tím, že uchová konflikty mimo vědomí. Svými somatickými problémy se nemocný také může snažit manipulovat se svým okolím. Touto poruchou trpí spíše ženy, které v dětství zažily určité trauma. Postižení touto poruchou mohou mít pocit, že nepatří do tohoto světa. Jejich způsobu myšlení může chybět logika. Mohou být vůči sobě rozporuplní. Nejsou spokojeni se svou osobou, ale zároveň se snaží vymáhat svůj význam. Je to obranná reakce na pochybnost a pustotu jejich životů. Postižený může pouze ležet a nehýbat se, nebo také být přehnaně hyperaktivní. Může také provádět úkony, o kterých ani neví, že je dělá. Své potíže nemocný popisuje, jako by se jich vůbec netýkaly (Raboch, 2006).

5. 6. Somatoformní poruchy

Jde o poruchy, u kterých postižený pocítuje nějaké příznaky nemoci, nebo určité somatické poruchy, ale u lékaře tyto příznaky nejsou potvrzeny. Nemocný požaduje testy a vyšetření a není spokojen s tvrzením lékaře, že žádná fyzická příčina v jeho obtížích nehraje roli. Somatoformní poruchy jdou ruku v ruce s depresí a jinou neurotickou poruchou. Myšlení, že má daný člověk somatické onemocnění, je pro něho přijatelnější, nežli psychotické onemocnění. Tyto poruchy většinou začínají při nějakém těžkém stresovém období (Malá, 2002).

Somatizační porucha je typická hojnými a měnícími příznaky. Nemocný požaduje u různých odborníků neustálé vyšetření a ujišťování o svých obtížích. Tato porucha se objevuje v adolescenci a má různý průběh. Nemocný si stěžuje na bolesti břicha, hlavy, končetin a zad. Onemocnění více zasahuje ženy, než muže. Tato porucha narušuje vztahy k okolí a k rodině nemocného, jelikož se daný člověk neustále zabývá svým zdravím, mluví

o něm a stěžuje si na bolesti. Často jsou nemocní depresivní a mají panickou poruchu. Pokud je u nemocného daná obtíž vyvrácena, okamžitě ji nahradí jiná (Probstová, Pěč, 2014).

Hypochondrická porucha je odlišná od poruchy předchozí tím, že nemocný neřeší tělesné příznaky, ale myslí si, že trpí určitými somatickými nemocemi. Léky užívat nechce, ale požaduje opakované vyšetření. Jeho strach o své zdraví je přehnaný a zveličující. Jeho přesvědčení, že trpí například rakovinou nebo HIV, je až bludné. Jeho chování může často vést až k sebevražednému pokusu. Aby byla tato porucha diagnostikována, musí její příznaky trvat alespoň půl roku. Myšlenky nemocného se točí kolem smrti, bolesti a strachu ze smrti. Tato porucha postihuje ve stejné míře muže i ženy (Raboch, 2006).

5.7. Léčba

Každá z těchto poruch je léčitelná, ovšem některé obtížně. U farmakologické léčby se doporučují antidepresiva, stabilizátory nálady a také antipsychotika. Farmakologická léčba vede k rychlé stabilizaci a k dobrému přijetí psychoterapie. Psychoterapie se zaměřuje na přijetí tragické události, přijetí změny postavení v rodině, přijetí a vyrovnání se se stresem, který událost provází. Je důležité nemocného navést na změnu myšlení, aby se jeho hlavním cílem nestalo jen zaobírání se svými tělesnými projevy u somatoformních poruch a znovu zobrazení a prožívání tragédií u posttraumatických stresových poruch. U těchto poruch je důležitá také skupinová terapie, kde hovoří buď účastníci dané tragické události, nebo lidé, kteří si prožili stejný nepříjemný zážitek. Změna myšlení je důležitá, protože se podvědomí nebude cítit v nebezpečí, a proto nebude vysílat negativní myšlenky a tím pádem i následné fyzické projevy. Důležité jsou různé relaxační metody, kognitivně-behaviorální terapie. V léčbě neurotických poruch je důležitý čas a trpělivost (Höschl, 2002).

5. 8. Přístup sociálního pracovníka

Pokud klient zažívá akutní stav úzkosti, musí sociální pracovník vyjadřovat pochopení. Nabídnout něco k pití, otevřít okno. Komunikace mezi klientem a pracovníkem musí být přizpůsobená klientovým potřebám. Sociální pracovník musí klienta povzbuzovat k návštěvě psychiatra. Sociální pracovník musí mít na paměti, že strach, který klient zažívá je skutečný. Podporovat klienta v plánování menších kroků k uzdravení. Stanovit si

konkrétní cíle a jít po nich postupně. Vysvětlit klientovi co to jsou záchvaty úzkosti a ubezpečit ho, že například umřít nemůže. Klient, který trpí obsedantně-kompulzivní poruchou má své zavedené rituály. Při návštěvě jeho bytu musí sociální pracovník respektovat jeho požadavky, ale také vést klienta k návštěvě odborníka (Probstová, Pěč, 2014).

6. Poruchy osobnosti a chování u dospělých

Tyto poruchy se u člověka projevují neobvyklými, nebo nadměru zvýrazněnými povahovými rysy. Jde o temperament, pudy a nálady, které jsou příliš vysoko nebo nízko. Chování daného člověka je neobvyklé a pro ostatní těžko přijatelné. Lidé s poruchou osobnosti se vyčleňují od obyvatelstva svými myšlenkami, prožíváním a cítěním. Problémy, které jedinec zažívá, se týkají pracovního uplatnění, společenského života a rodinných vztahů. Dříve se poruchy osobnosti označovaly jako psychopatie. Člověk je v určité interakci s okolím. Toto okolí od daného jedince má určité očekávání. Člověk s poruchou osobnosti tyto očekávání nesplňuje. Samy tyto osoby postrádají empatii a nedokáží pochopit své okolí. „*Lidé s poruchou osobnosti nedokážou těžit z odměny, poučit se z trestu, řídit se dlouhodobým životním plánem.*“ (Mahrová, 2008, s. 85). Nedokáží udržovat pevné mezilidské vztahy. Mají problémy s autoritou a sebe vidí jako oběti. Poruchy osobnosti jsou trvalé, ale v průběhu života se jejich síla mění. V procesu stárnutí ustupuje například agresivita. Postiženému chybí náhled na své chování a změna je velice těžká, jelikož se daný člověk nepoučí ze svých prožitků. Své potřeby ukájí bezodkladně, netaktně k prostředí nebo nejsou vůbec schopni je uspokojit (Smolík, 1996).

„*Odhaduje se, že 10-23% populace přináší jejich disharmonická struktura osobnosti problémy.*“ (Raboch, 2006, s. 163). Jedinec s poruchou osobnosti vrozené dispozice. Vliv prostředí, není tak dominantní jako u neurotických poruch. Náchylnost k poruchám osobnosti je dána geneticky, může dojít i k negativním vlivům na plod dítěte ještě v lůně matky. Výchova také ovlivňuje život jedince a jeho pozdější chování. Dále škola, média a sociální prostředí. To co člověk vnímá, to ho také ovlivňuje. Proto sledování agresivních a násilných činů může vyvíjející dítě poškodit. Pokud má člověk trpící poruchou osobnosti závažnou vrozenou predispozici, tak výchova a ovlivňování od rodičů příliš nepomůže. Jisté je, že psychicky poškozený člověk, ovlivní svým chováním své dítě jak geneticky, tak výchovou a prostředím, tudíž ono dítě nemá šanci se normálně rozvíjet a porušit rovnici psychických poruch v rodině (Raboch, 2006). Porucha není onemocnění. Mezi tím co společnost považuje za normální, a co už považuje za patologii, není jasná

hranice. Poruchy osobnosti dělíme na **Specifické** (Paranoidní porucha osobnosti, Schizoidní porucha osobnosti, Disociální porucha osobnosti, Emočně nestabilní porucha osobnosti, Histriónská porucha osobnosti, Anankastická porucha osobnosti, Anxiózní porucha osobnosti, Závislá porucha osobnosti), **Návykové a impulzivní** (Patologické hráčství, Pyromanie, Kleptomanie), **Poruchy pohlavní identity** (Transsexualismus, Porucha pohlavní identity v dětství) a **Poruchy sexuální preference** (Fetišismus, Fetišistický transvestitismus, Pedofilie, Sadomasochismus) (Smolík, 1996).

6. 1. Paranoidní porucha osobnosti

Člověk trpící paranoidní poruchou osobnosti je už z názvu paranoidní. Je podezřivý, nedůtklivý a nemá důvěru v druhé. Své potíže a nezdary těžko přijímají a považují je za úmysl druhých je samotné poškodit. Lehko se rozčílí a mají rádi vládu nad ostatními. Postižený může nadměrně na svého partnera žárlit, a také trpět sebechválou. Tyto osoby těžce odpouští chyby druhých, těžce mění názor a jsou ješitní. Cítí se v nebezpečí, a proto jsou stále napjaté a v pozoru. Vyhybají se společnosti a nejsou schopni navázat důvěrný vztah. Okolí je může považovat za emočně ploché. V populaci touto poruchou trpí spíše muži a jejich výskyt je 0,5-2,5%. Projevy této poruchy jsou neustálé, to znamená, že se nevážou pouze na určité epizody v životě člověka (Smolík, 1996).

6. 2. Schizoidní porucha osobnosti

Dříve byla tato porucha považována za první stádium schizofrenie. Postižený touto poruchou není schopen prožívat potěšení a projevovat city, jak kladné, tak záporné. Osoby jsou lhostejné, nereagují na kritiku, ani pochvalu, asexuální a žijí ve svém vnitřním světě. Tyto osoby nemají blízké přátele, ani důvěrné známosti a těžko se přizpůsobují společenským očekáváním. Již od dětství jsou stydliví a nešikovní. Jsou úspěšní ve vědeckých oborech. Tyto osoby jsou velice zranitelné. Touto poruchou trpí 7,5% obyvatel. Člověk trpící poruchou se cítí v nebezpečí, proto chlad a odstup je jeho obranou. Cítí se nestále, nerozumí svým pocitům. I když jim mohou chybět vztahy, tak nechtějí podstoupit další zklamání, které v raném životě pocítili. *„Základní konflikt ve vztazích s lidmi lze popsat jako konflikt mezi blízkostí (a strachem z pohlcení) a vzdáleností (a strachem ze samoty a*

opuštění). “ (Probstová, Pěč, 2014, s. 134). Tito lidé nemající zájem o své okolí, nemají také zájem starat se o svůj vzhled (Vágnerová, 2014).

6. 3. Disociální porucha osobnosti

Osoby postižené touto poruchou preferují pouze uspokojení svých potřeb a nehledí na práva a potřeby druhých. O druhé osoby se prakticky nezajímají. Chybí jim tolerance, těžko udržují vztahy. Lidi a vztahy potřebují pouze ke splnění svého účelu. To znamená, že jsou milí, jen pokud daného člověka potřebují k naplnění svých potřeb. Lehko ztrácí sebekontrolu a trpí agresí. Vínou za své chování necítí. Chovají se bez citu, nereagují na odměnu, či trest. Již v dětství lžou, okrádají a šikanují slabší. Porucha se plně rozvíjí kolem 18 roku věku. Většinu trestanců tvoří osoby s disociální poruchou osobnosti. Postrádají motivaci ke změně svého chování. Podstupují adrenalinové sporty, aby si navodily aspoň nějaké cítění. K jejich prázdnotě patří, že zažívají nudu. Jsou často nerudní. Svět kolem sebe vnímají černobíle. To znamená, že vidí jen úplné zlo, nebo dobro, nic mezitím. Neplánují nic dopředu. K chybějícím pocitům viny lze říct, že trpí spíše jejich okolí, než tyto osoby. V populaci trpí touto poruchou 0,2-9,4%. Porucha se objevuje více u lidí z nižších sociálních vrstev (Malá, 2002).

6. 4. Emočně nestabilní porucha osobnosti

Osoby jednají vznětlivě bez ohledu na dopad důsledků na sebe, nebo své okolí. Postrádají schopnost plánovat. Jsou energičtí a mohou mít v sobě osobní kouzlo. V populaci se vyskytují 2-3% osob postižených touto poruchou. U této poruchy existují dva typy: impulzivní a hraniční (Raboch, 2006).

Impulzivní typ neumí ovládat své pocity. Chovají se impulzivně, zažívají výbuchy vzteku, pokud jsou za své chování kritizováni. Následky svých činů nevnímají. Jednají okamžitě, podle toho co je právě napadne. Jejich nálada je nestálá. Drogově závislí mají často tuto poruchu chování. Vztahy k lidem jsou pouze mělké. Často překrucují pravdu a zavazují se k něčemu, co stejně potom nesplní. Nejsou schopni nést své sociální role (Probstová, Pěč, 2014).

Hraniční typ je charakterizován pocity pustoty, krizemi, krátkými emočně vyhocenými vztahy, které rychle končí. Postižení vyhrožují sebezničením. Osoba si není jistá sama sebou. Sexualita je u těchto osob nejednoznačná. Jsou často úzkostní a negativně ladění. Své emoce těžko zvládají a nejsou schopni usměrnit. Tyto osoby mají problém ujasnit si kam směřovat, co jsou zač. Cítí se otrávení, nejsou schopni zaplnit svůj volný čas, nic je nebaví. Ostatní osoby jim nerozumí. Své emoce vyjadřují buď láskou, nebo nenávistí. Člověk je pro ně buď po všech stránkách špatný, nebo si jeho osobu přikrášlují. Mají strach ze samoty, ale neumí samotě zabránit (Mahrová, 2008).

6.5. Histriónská porucha osobnosti

Příznačné pro tuto poruchu je projevování citů, které jsou nestálé a dramatické. Touto poruchou trpí převážně ženy. Postižený líčí své prožitky velice dramaticky, teatrálně. Potřebuje být ceněn od ostatních, ale o jejich pocity se nezajímají. Má rád být středem pozornosti. Typickým je manipulativní chování a machinace, které mají vést k uspokojení svých potřeb. Tyto osoby rády rozvracejí rodiny a záleží jim na svém fyzickém vzhledu. Ve vztahu svého partnera ničí žárlivými scénami, výčitkami a nadávkami. Bývají buď promiskuitní, nebo frigidní. Rády roznáší pomluvy a donáší na ostatní. Trpí chorobným lhaním a vymýšlí si například projevy různých nemocí, aby mohly vydírat svého druha. Jejich lhaní se stane tak vlastní, že nerozliší, co se skutečně stalo, kde je pravda a kde lež. Názory jsou nestálé. Rády se ukazují v různých rolích, jako například bezbranné osoby, které je nutno chránit, ovšem opak je pravdou. Jsou sobecké a bezohledné (Vágnerová, 2014).

6.6. Anankastická porucha osobnosti

Osoba trpící touto poruchou se přehnaně věnuje dodržováním pravidel, detailů, pochybám a opatrností. Osoby jsou perfekcionisté a dávají si záležet na pracovní produktivitě. Od okolí požadují, aby se jim podvolilo. Trpí sebekontrolou, málo prožívají příjemné myšlenky. Napadají je nepříjemné úvahy a potřebují provádět rituály. Se svými projevy jsou spokojeni. Tato porucha více postihuje muže. Blízké vztahy u nich nejsou tolik důležité. Hlavní je pracovní výkonnost. Pokud dojde k narušení plánů, nesou to velmi těžce. Nejsou schopni okamžitě rozhodovat, proto není dobré, pokud jsou v práci ve vedení. Jsou

náchylní na negativní kritiku a tu také od okolí očekávají. Radost ze své odvedené práce nemají. Tyto osoby postrádají smysl pro humor. To může vést k jejich sociální izolaci (Raboch, 2006).

6.7. Anxiózní porucha osobnosti

Tato porucha se vyznačuje obavou, že je daný jedinec zbytečný, nešikovný, méněcenný. Pociťuje strach, úzkost a myslí si, že ho okolí nepřijme a bude kárán. Nemají osobní vztahy s lidmi a společností se vyhýbají. Přes pocity tužeb po uznání raději volí ústup do ústraní. Potřebují garanci, že budou přijímáni a nebudou odmítnuti. Jejich úzkost se váže na sledování možného nebezpečí v běžných situacích. Tato porucha se často váže na jiné diagnózy. Je časté, že jedinci trpící touto poruchou byli vychovávaní úzkostlivými rodiči, kteří je stále chránili před nebezpečím. Tito lidé neradi objevují nové věci, protože co je nové, je nebezpečné. Ve vztahu svého partnera obtěžují neustálým dokazováním lásky. Jejich porucha je těmto osobám na obtíž (Češková, 2006).

6.8. Závislá porucha osobnosti

Typickým je, že osoba trpící touto poruchou je závislá na jiné osobě a nedokáže docílit autonomizace. Trpí úzkostí, mají negativní pohled na svět a jejich problémy řeší uvázáním se k jinému člověku. Postrádají sebevědomí, neumí se radovat a nejsou schopni prosadit svůj názor, tudíž jsou lehko manipulovatelní. Bojí se samoty a opuštění, a proto požadují neustálé doklady toho, že se tak nestane. Jsou submisivní a často jsou obětí domácího násilí. Nedokáží za sebe rozhodnout. Tato porucha se pojí s jinými psychiatrickými problémy. Často touto poruchou mohou trpět osoby, které v dětství zažili separační úzkost, nebo mají nevyřešené vztahy s rodiči (Vágnerová, 2014).

6.9. Léčba

Jelikož poruchy osobnosti zasahují do všech duševních funkcí, tak lze využít všechny dostupné léčebné metody, které jsou k dispozici pro léčbu psychických onemocnění. Léčba není snadná a je potřeba souhrnná terapie, která musí trvat dlouhodobě a soustředit se na jednotlivé rysy osobnosti. Cílem terapie je, aby člověk postižený takovou poruchou, byl schopen být v relativní pohodě, aby nebyl omezován v životě a netrpělo jeho

okolí. Účinná léčba je ta, při které nemocný spolupracuje. Při poruše osobnosti ovšem tato spolupráce chybí. Léčbu navrhuje spíše okolí postiženého (Vágnerová, 2014).

Psychoanalytická psychoterapie se užívá pro jednodušší soužití člověka s poruchou ve společnosti. Jde o adaptaci nemocného v jeho okolí. Podpůrná psychoterapie pomáhá aktivizovat v člověku obranné mechanismy. Tato terapie se orientuje na porušené interpersonální chování a snaží se ho vrátit do přijatelných norem. S pacientem se pracuje na tom, aby byl schopen zvládat tlak od okolního světa, aby nemyslel na současnost a své činy prováděl také s ohledem na budoucnost. Je důležité naučit se neobviňovat okolí. Terapeut pomáhá hledat schůdné cesty a alternativy. Cíl léčby je určen podle poruchy a potřeb nemocného. Dále se používá skupinová psychoterapie, která pomáhá v rámci skupinové dynamiky rozprostřít emoce mezi více lidí. Pro člověka, který se sociálně izoluje, může být skupina dobrým zážitkem, kde získá pocit bezpečí a může se otevřít. Kognitivně-behaviorální terapie pomáhá lidem s hraniční a vyhýbavou poruchou osobnosti. Co je nejdůležitější, je vztah mezi terapeutem a jeho klientem (Höschl, 2002).

Farmakologická léčba se zaměřuje buďto na momentální stavů, jako jsou úzkosti, pokusy o sebevraždu, nebo na léčení v dlouhodobějším formátu. Zaměřuje se převážně na agresivitu, úzkost, afektivitu. Používají se antidepresiva, neuroleptika, lithium. Tyto léky by měly zlepšit negativní příznaky a pomoci se lépe soustředit na terapeutickou léčbu (Raboch, 2006).

6.10. Přístup sociálního pracovníka

Při práci s osobou s paranoidní poruchou osobnosti sociální pracovník spíše využívá individuální přístup, jelikož takový člověk nerad pracuje ve skupině a má problém se svým okolím. Sociální pracovník musí být obrněn trpělivostí, protože paranoidní klient často, za jen malé škobrtnutí přestane pracovníkovi věřit a obrátí přízeň v odpor. Pro sociálního pracovníka je velice těžké a nesrozumitelné, takové obrácení, ale musí ho přijmout a být profesionální. Nesmí se obhajovat. Tím přijímá to, co si o něm klient myslí. Co může pomoci, je zkusit se vcítit do klientových pocitů a pokusit se je rozebrat. Být také upřímný a otevřený. Pro správný přístup k nemocnému klientovi s poruchou osobnosti je

důležité mít nastudovány projevy těchto poruch. Při schizoidní poruše osobnosti je hlavní terapeutický vztah mezi klientem a pracovníkem. Je pro něj podporou a opěrným bodem. Vyjadřovat nemocnému zájem a vážit si ho. Stažení je klientova ochrana před světem. To musí sociální pracovník chápat a brát na to zřetel. Takovému klientovi se přizpůsobit a netlačit. Svou osobní energii utlumit a přizpůsobit se tempu klienta. Při práci s disociálním klientem by měl sociální pracovník dodržovat stabilitu a stálost. To znamená nenechat se ovlivnit a stát si za svými názory. Nečekat na nějaká zlepšení, ale klienta přijmout takového jaký je a snažit se minimalizovat negativní projevy chování. Vše s respektem. Sociální pracovník může pociťovat strach, a proto tato práce s lidmi s disociální poruchou osobnosti není pro úzkostné jedince. Rozpor ve vnímání klienta může sociálního pracovníka ochromit. Cítí se špatně, že svého klienta „nemá rád“, je ovšem dobře, že si své pocity přizná a může s nimi pracovat na supervizi. Při práci s emočně nestabilním klientem je zapotřebí trvalý rámec péče. Nebýt chaotický a posupovat systematicky. Klienta poslouchat a dávat mu najevo, že ho vnímáme, třeba i přitakáním. Dodržovat jasně daná pravidla na rozhraní vztahu mezi klientem a sociálním pracovníkem. Jde o hovory a schůzky, které musí být pouze domluvené. Další zásadou je, aby sociální pracovník přijal černobílé vidění světa emočně nestabilního klienta. Dnes na mě byl klient milý, zítra mě může nenávidět (Probstová, Pěč, 2014).

Každý klient, který trpí poruchou osobnosti, má určitý problém v mezilidských vztazích. Proto se využívá resocializace, která míří na vylepšení vztahů mezi klientem a jeho okolím. Je potřeba osvojit si zvládání krizových situací, způsoby komunikace. Sociální pracovník nepracuje pouze s klientem, ale i s jeho rodinou, která může trpět pod přívalem klientových příznaků. Sociální pracovník podporuje jejich společný vztah, ale také je samotné. Nabízí možnost rodinné terapie a psychoedukaci (Vágnerová, 2014).

7. Systém péče o psychicky nemocné

Psychicky nemocný a jeho rodina jsou ve složité situaci. Většinou jde o finanční stránku, bydlení, naplnění volného času nemocného a další oblasti, ve kterých potřebují tyto osoby pomoci. Sociální práce nabízí pokrytí těchto situací a zároveň terapeutickou podporu. Služby, které jsou pro osoby s duševním onemocněním k dispozici, by měly na sebe vhodně navazovat a být k užitku i okolí. O sociálních službách ovšem řada lidí nemusí tušit. Je důležité, aby škola, psychiatr, psycholog a další zástupci orgánů nemocného a jeho rodinu informovali o možnostech využít nějakou sociální službu. Pokud tomu tak není, sociální pracovníci by měli své klienty vyhledávat a pomoci jim s jejich nelehkým osudem. Sociální služby by měly svému klientovi pomoci pokrýt jeho potřeby, od léčby přes podporu v hledání a udržení bydlení, hledání a udržení práce, po podporu v rodině a okolí. Klient má svého případového pracovníka, a ten mu pomáhá se zorientovat a obstát v nabídce služeb. Reforma psychiatrické péče vnesla do péče o duševně nemocné Centra duševního zdraví. Jde o nízkoprahovou službu, která zajišťuje zdravotní i sociální potřeby klientů. Centra duševního zdraví jsou nápomocné při návratu do společnosti po hospitalizaci, při předcházení hospitalizace a jsou v rámci krajů k dispozici všem. V těchto centrech jsou multidisciplinární týmy, které jsou spojením psychiatrů, sester, sociálních pracovníků a psychoterapeutů. S klientem se pracuje na jeho plánu péče. Cílem center je, aby klient měl možnost mít službu blízko domova (Probstová, Pěč, 2014).

Kromě sociálních služeb existuje také sociální poradenství, které má za cíl podat informace a pomoci vyřešit problém. Základní poradenství poskytují všechny sociální služby. Odborné sociální poradenství poskytují poradny odborně zaměřené buď nějakému nežádoucímu fenoménu, nebo cílové skupině. Služby sociální péče jsou klientovi k dispozici, pokud potřebuje podpořit při fyzické a duševní samostatnosti. Služby sociální prevence jsou zde, aby předcházely jevům vedoucím k sociálnímu vyloučení. Zaměřují se na bezdomovectví, kriminalitu, užívání drog. Je poskytována všemi formami sociálních služeb (Mahrová, 2008).

Klient se do sociálních služeb dostane většinou tak, že pracovníci v terénu tuto osobu vyhledají, nebo jeho rodina navštíví nízkoprahové zařízení, nebo také jsou služby doporučeny lékařem. Ono už jenom to, že si klient uvědomí, že je nějaký problém a začne vyhledávat pomoc, zaslouží velké ocenění a podporu. Je důležité klienta pochválit a vyjádřit pochopení pro jeho situaci. Tyto první kroky jsou velice důležité. Klient je zmaten a nesvůj, pokud bude odmítnut, může zanevřít na jakoukoliv další pomoc. Dalším stupněm jsou denní stacionáře. Klient navštěvuje stacionář a kombinuje pobyt doma s pobytem v odborném zařízení. Tato služba pomáhá klientovi v resocializaci, s náplní volného času a denním plánem. Tyto stacionáře mohou pomoci zamezit hospitalizaci. Pokud docházení do stacionáře nestačí, přechází se k pobytové péči. Zde již klient tráví veškerý čas. Jde většinou o psychiatrické nemocnice, kliniky, domovy pro osoby se zdravotním postižením. Hospitalizace může být nedobrovolná, kdy klient ohrožuje sebe, nebo své okolí a je k hospitalizaci doporučen svých lékařem, nebo dobrovolná, kdy nemocný zváží svou situaci, neví si rady a podstoupí tedy léčbu v pobytovém zařízení. V zařízeních sociální pracovníci pomáhají klientovi se sociální oblastí jeho života, podporují jeho sociální aktivity a činnosti. Pro nemocného je to velice přínosné, protože sociální pracovník není psychiatr ani zdravotní personál, ale osoba, kterou může považovat za svého řekněme spojence. Muže mu pomoci s věcmi, na které psychiatr nemá kapacitu, a přitom rozumí jeho diagnóze a stavu. Pomáhá mu spojit se s rodinou a řešit záležitosti. Když se stav klienta v pobytovém zařízení lepší, ještě před propuštěním se po dohodě psychiatra, klienta, sociálního pracovníka a rodiny jedná o návazné péči, jelikož není možné, aby nemocný přešel zpět do běžného života. V takovém případě by mohl nastat relaps. Proto se vyhodnotí, jaké jsou konkrétní možné podmínky v klientově životě a jak je využít (Matoušek, 2010).

Pokud klient nemá své rodinné zázemí, nebo nepřiměřené bydlení jeho stavu, zajistí se chráněné bydlení, komunitní bydlení, podporované bydlení a sociální byty. V rámci chráněných bytů jde o bydlení v bytech, které vlastní město, nebo sociální službou a klienti v těchto bytech žijí společně s dalšími nemocnými. Navštěvují je sociální pracovníci, mají v bytech úkoly, jako úklid, či vaření. Mohou se volně pohybovat mimo tyto byty a vlastně

trénují samostatný život. Po dlouhodobé hospitalizaci je takové bydlení velice účinné. Jelikož toto bydlení není na stálo, hledají se další možnosti, jak může klient bydlet dál. Často se rozhodnou klienti odejít do podnájmu společně, jelikož se již znají z chráněného bydlení. Na toto bydlení jsou pořadníky a dlouho se čeká, jelikož tyto byty nepokryjí všechny nemocné. Podporované bydlení znamená, že klient bydlí ve svém bytě a dochází k němu asistenční služba. Bydlí tedy s podporou. Sociální byty jsou pro ty klienty, kteří dokáží bydlet sami (Mahrová, 2008).

Mezitím sociální pracovník a klient vytváří plán pracovní rehabilitace. Pracovní rehabilitace je velice prospěšná, jelikož klient si rozvíjí své pracovní dovednosti, získává kontakty na další nemocné, není vyčleněn z komunity a vzniká pocit z dobře odvedené práce. Existují pracovní dílny, přechodné zaměstnávání a podporované zaměstnávání. Přechodné zaměstnávání je pracovní místo v různém podniku, kde klient pracuje na zkrácený úvazek po dobu půl roku a vykonává jednoduchou činnost, ke které nepotřebuje zvláštní vzdělání. Asistent zaměstnávání si místo nejprve vyzkouší, poté klienta zaučí. V rámci jeho pracovní činnosti je mu k dispozici. Klient je za odvedenou práci finančně ohodnocen. Podporované zaměstnání je klasická pracovní činnost za podpory asistenta. Klient se aktivně účastní při výběru pracovního místa a společně s asistentem pracují na jeho udržení (Probstová, Pěč, 2014).

Sociální pracovníci se s klienty s duševním onemocněním setkávají v případovém vedení, v psychiatrických nemocnicích, na odborech úřadu práce, v domovech pro seniory a jiných.

Překážky v životě nemocného, ve kterých mu je sociální pracovník nápomocen, jsou většinou izolace a stigmatizace. Jde o různé důvody izolace. Většinou se klient izoluje sám a nestojí, nebo si netroufá o kontakt s lidmi. Jindy o klienta doslova nestojí okolí, z důvodu jeho nemoci. Další možností, kdy se klient ocitne v izolaci, je jeho finanční stránka. Většinou pobírá invalidní důchod a finance na aktivity nezbývají. K zajištění dávek je zde sociální pracovník, který pomáhá s jejich vyřízením. Stigmatizace skupiny osob

s duševním onemocněním je mínění společnosti, že tyto osoby jsou podřadné a nebezpečné. Tyto výroky by měl sociální pracovník vyvracet edukací okolí klienta.

Klient s duševním onemocněním může využít služby jako: telefonní krizová linka, kontaktní centra, denní stacionáře, pečovatelskou službu, centra denních služeb a jiné. Tyto služby v Praze vykonávají organizace jako je Fokus z.ú., ESET-HELP z.s., Baobab z.s., Bona o.p.s. a další.

7.1. Etika sociální práce s klientem s duševním onemocněním

V České republice byly etické principy v sociální práci popsány v roce 1995 Společností sociálních pracovníků. Etické normy pomáhají sociálním pracovníkům řešit morálně složité situace. Jde o právo na sebeurčení klienta, jeho soukromí, možnosti poskytování služeb, jak ukončit kontakt, ohlašovací povinnost a jiné. Jde o tyto etické principy: **princip neškození, princip dobřečinění, respekt k autonomii, princip spravedlnosti**. Sociální pracovníci mohou velice zásadně ovlivňovat život klienta. Je důležité, aby byly postupy jak správně pracovat s klientem uvedeny v etickém kodexu a sociální pracovník se jím musí řídit. „*Etický kodex zavazuje pomáhajícího k poskytování adekvátních informací a zdrojů, k podpoře růstu a rozvoji klienta a k povinnosti konzultovat s klientem postup pomoci.*“ (Mahrová, 2008, s. 50).

Dalším důležitým dokumentem je Konvence o lidských právech a biomedicíně. Jde o ochranu lidských práv s důrazem na použití v biologii a medicíně. Člověk stojí na prvním místě. Nestranný přístup zajišťuje spravedlivý přístup k péči o zdraví s důrazem na její kvalitu a dostupnost. Konvence se také zaměřuje na hájení nepřizpůsobivých osob (osoby, které díky svému stavu, nejsou schopny podat souhlas k provedení lékařské péče (Mahrová, 2008).

7. 2. Etická dilemata v práci s klientem

Dilema znamená, že existují dvě možné řešení, ani jedno není přijatelné. Každá z variant má jiný dopad na situaci, většinou negativní. V rámci sociální práce, se sociální pracovník setkává se situacemi, které mu nejsou příjemné, a on se musí rozhodnout, jakou cestu zvolí. Vždy s ohledem na klienta. Pokud sociální pracovník nemá zájem se rozhodnout

nyň, mŕže si toto rozhodnutí oddálit a pokračovat, dál. Ovšem situace se znovu před něj dostaví a on je nucen si již vybrat (Sýkorová, 2008).

Sociální pracovník ve své práci s klientem pracuje podle práv, která vycházejí z jeho profese. Musí postupovat podle toho, co určuje zákon. Dále podle etického kodexu svého pracoviště. Poté podle jeho morálních hodnot. Je důležité to, jaký je člověk, jakou má v sobě míru morálky. Co považuje za nesprávné a co za přijatelné. Každý člověk má tuto míru jinou. Pokud tyto povinnosti jsou v souladu, je to ideální stav. Praxe a reálný život je jiná, nežli teorie, proto ne vždy sociální pracovník pracuje v souladu, a proto nastává již zmíněné dilema (Nečasová, 2001). Podle Navrátila (2001) jde o tyto dilemata:

- **Formalizace** versus **de-formalizace** – Termín formalizace znamená, že je sociální práce poskytována státními organizacemi. De-formalizace znamená, že sociální práci poskytuje sociální pracovník v prostředí klienta s pomocí rodiny.
- **Profesionalizace** versus **de-profesionalizace** – Profesionalizace je vnesení do sociální práce etiku, kontrolu, standardy práce s klientem a jiný druh kontaktu s klientem. Za to de-profesionalizace je když sociální práci provádí laici, jako je rodina klienta, dobrovolníci. Tito lidé mohou přinést lepší výsledky při práci s klientem, než profesionálové.
- **Normativnost** versus **nenormativnost** – Sociální práce má normativní funkci. To znamená, že pomáhá klientům z menšinové společnosti zapojit se do společnosti většinové. V minulosti nastala kritika této funkce. S tím podle Navrátila souvisí i etnocentrismus a partnerství. Může efektivně sociální pracovník pomoci klientovi, když je ovlivněn společností, ze které pochází? Partnerství hledí na podporu klienta bez dilematu mezi společností a daným člověkem.
- **Polyvalence** versus **specializace** – Jde o pojetí sociální práce. Při polyvalenci se sociální pracovník věnuje všem skupinám obyvatel, kteří jeho pomoc potřebují. Při specializaci se zaměřuje na konkrétně danou skupinu s konkrétním problémem.
- **Pomoc** versus **kontrola** – Sociální pracovníci svým přesvědčením mohou být rozděleni do dvou sfér. Jedni berou za své poslání klientovi pomáhat podle jeho

objednávky, druzí mají za potřebu klienta kontrolovat. Sociální pracovník má pomáhat klientovi s jeho potřebami a požadavky, ovšem také kontrolovat jeho počínání s ohledem na společnost.

- **Sociální práce jako věda a umění** – Věda je zde zastoupena v množství teorií a metod, které sociální práci tvoří. Pomáhají sociálním pracovníkům připravit se na svou profesi tím, že jim vysvětluje, jaké existují sociální problémy, a jak mohou vzniknout. Umění znamená, že toto poslání vykonávat sociální práci je odvozeno od zvládání velké psychické zátěže, umět porozumět druhému a pomoci najít řešení (Navrátil, 2001). Další dilemata, která mohou vyvstat při práci s klientem, jsou:
- **Zasáhnout versus Nezasáhnout** - V pracovníkově mysli může nastat rozpor mezi tím, jestli má zasáhnout do života klienta, nakolik zasáhnout. Pokud zasáhne, bude to dobře?
- **Zakázka klienta versus bezpečí** – Jde o rozpor mezi tím, co si klient přeje, co by chtěl uskutečnit nebo změnit a co sociální pracovník považuje za ohrožující. Klientova zakázka může ohrozit jeho zdraví, nebo pozdější vývoj. Sociální pracovník nesmí klientovu zakázku vymlouvat, ale promluvit si s ním o jiných možnostech a zvážit rizika.
- **Udržení versus porušení hranic** – Většinou jde o situace, které jsou v rámci etických kodexů nevhodné. Například výpůjčka financí, poskytnutí klientovi své osobní číslo, volat nebo psát si s klientem mimo pracovní dobu. Je důležité, jak se pracovník k takové situaci postaví. Své nesnáze by měl konzultovat se svým nadřízeným, nebo při supervizi.
- **Oznámit trestný čin versus neoznámit** – Jde například o to, když si s klientem budujeme důvěru a on nám sdělí, že byl svědkem, nebo že vykonal trestný čin. Klient by měl být dopředu obeznámen, že jsme nuceni oznámit trestný čin na základě trestního zákona (Navrátil, 2001).

7. 3. Kompetence sociálního pracovníka

Při práci s klientem musí mít sociální pracovník kompetence k vykonávání činnosti.

Jde o:

- Rozvíjet účinnou komunikaci – Umí využívat technik aktivního naslouchání, zvládá vést rozhovor, pokládat otevřené otázky.
- Plánovat postup a orientovat se v situaci klienta – Spolupracuje s jinými členy multidisciplinárního týmu, zná diagnózu svého klienta, ví, jak postupovat při práci s touto diagnózou.
- Podporovat a pomáhat v soběstačnosti klienta, emoční podpora klienta – Aby klient vedl v rámci možností spokojený život, nesmí být závislý na sociálních službách. K tomu ho vede sociální pracovník, kdy ho podporuje v samostatném rozhodování a nabádá ho k činnostem, které podporují jeho soběstačnost. Zároveň chápe klientovu emoční stránku a umí se vcítit do jeho situace.
- Zasahovat a poskytovat služby - Vykonává sociální práci s klientem, kdy zajišťuje péči o klienta, jeho podporu a kontrolu.
- Přispívat k práci organizace – V rámci své organizace, kde je sociální pracovník zaměstnán, pomáhá zlepšovat fungování organizace, aby byla prospěšná pro své klienty, je k dispozici i svým kolegům.
- Stále odborně růst – Aby byl schopen využívat nejlepších metod a technik při práci s klientem, navštěvuje konference a přednášky, v této souvislosti s duševní tematikou a vzdělává se pro svůj růst a lepších výsledků při práci s klientem (Havrdová, 2010).

8. Sociální zabezpečení pro osoby s duševním onemocněním

Bez financí není člověk schopen žít. Potřebuje je na obživu, bydlení, služby. Psychicky nemocný člověk to z hlediska financí nemá jednoduché. Dříve, než se nemoc projevila, byl schopen pracovat. Nyní do zaměstnání chodit nezvládá a pobývá doma. Jaké má takový člověk možnosti? Pokud nemá rodinu, o kterou se může opřít, co může dělat? Nemoc může provázet jeho život od narození, nikdy nepracoval. Jak má fungovat. Nedostatek financí a stres ohledně placení poplatků, je častý problém nejen zdravé populace, ale hlavně té nemocné. To má za následek zhoršení celkového stavu a problémy s uzdravením. Sociální pracovník je klientovi nápomocen s vyřízením dávek a finanční pomoci (Mahrová, 2008).

8.1. Nemocenské dávky

Jde o dávky v pracovní neschopnosti, které jsou vypláceny do prvních 14 kalendářních dní zaměstnavatelem, poté Okresní správou sociálního zabezpečení. Nárok na výplatu má osoba, která přispívá na nemocenské pojištění. Nemocný má nárok na 60% denního vyměřovacího základu, pokud je nemocný více než 30 dní, má nárok na 66%, a pokud jeho nemoc trvá déle, než 60 dní má nárok na 72% z denního vyměřovacího základu. Pokud se osoba přestane cítit psychicky dobře, většinou přechází na nemocenskou dovolenou. Pokud jeho obtíže trvají déle, což u duševně nemocných bývá, začne se řešit invalidní důchod (<https://www.cssz.cz/web/cz/nemocenske>).

8.2. Invalidní důchod

Invalidními důchody se věnuje zákon 155/1995 Sb. O důchodovém pojištění. K tomu, aby člověk mohl být invalidní, musí být posudkovým lékařem posouzena jeho invalidita a musí mít potřebnou dobu pojištění. Obvodní lékař, nebo v tomto případě psychiatr vydává okresní správě lékařské zprávy o svém pacientovi. Posudkový lékař posoudí, jestli je pacient invalidní, a pokud ano, tak v jakém stupni. Stupně invalidity jsou tři. První stupeň znamená, že průčeschnost osoby poklesla o nejméně 35%. Druhý stupeň znamená, že průčeschnost poklesla o 50% a třetí stupeň o 70%. Invalidní důchod se skládá

ze základní výměry a procentní. Procentní výměra je určena podle procentní sazby za rok (Vrtišková, 2014).

U prvního stupně jde o 0,5%, druhý stupeň má 0,75% a třetí 1,5%. Při invalidním důchodu může nemocný pracovat, ovšem u psychicky nemocných je pracovat těžké. Jejich stavy a epizody nemoci je značně omezují (<https://www.mpsv.cz/web/cz/invalidni-duchody>).

8.3. Příspěvek na péči

Tento příspěvek je určen osobám, které z důvodu své dlouhodobé nemoci se nemohou o sebe postarat a musí být závislí na péči jiné osoby, nebo sociální služby. Příspěvek upravuje zákon 108/2006 Sb. O sociálních službách. Nárok mají osoby, které nejsou schopny zvládat základní životní potřeby jako je: mobilita, komunikace, orientace, stravování, oblékání, tělesná hygiena, výkon fyziologických potřeb, péče o zdraví, osobní aktivity, péče o domácnost. Po podání žádosti na úřadu práce, osobu navštíví sociální pracovníci v jeho domově a provedou sociální šetření. Výsledky šetření se odešlou posudkovému lékaři spolu se zprávami o zdravotním stavu. Ten posoudí, jestli je nemocný závislý na péči jiné osoby a v jaké míře (lehká, střední, těžká, úplná závislost). Posléze dochází k vyplácení příspěvků. U duševně nemocných dochází vlivem jejich psychického stavu k narušení zvládání životních potřeb a je u nich nutná pomoc rodiny, nebo domácí péče a jiné (<https://www.mpsv.cz/web/cz/-/prispevek-na-peci>).

8.4. Jiná finanční pomoc

Pokud je situace vážná lze využít pomoci v hmotné nouzi. Upravuje ji zákon 111/2006 Sb. O pomoci v hmotné nouzi, dále zákon 110/2006 Sb. O hmotné nouzi a životním minimu nebo zákon 108/2006 Sb. O sociálních službách. Sociální pracovník spolu s klientem se mohou dostavit na místní úřad s prosbou o pomoc při nezvládnutí finanční situace díky nemoci. Zjistí se životní minimum klienta, jeho sociální situace, majetek, a jestli je práceschopný. Životní minimum je hranice příjmů k obstarání potřeb. Jde o částku, která od 1. dubna 2020 bude navýšena na 3860 Kč (dříve 3410 Kč). Existenční minimum je hranice příjmů k obstarání potřeb na úrovni přežití. Od 1. dubna 2020 bude částka navýšena

na 2490 Kč (dříve 2200 Kč) (<https://www.mpsv.cz>). Tyto částky nezahrnují náklady na bydlení. Ty zahrnují dávky pomoci v hmotné nouzi, jako je příspěvek na bydlení, doplatek na bydlení a dávky mimořádné okamžité pomoci (Mahrová, 2007).

Slevy v dopravě jsou pro osoby s duševním onemocněním komplikované. Pokud tyto osoby nemají průkazku ZTP nebo ZTP/P, tak nemají nárok na slevu v dopravě. Přitom pobírají invalidní důchod a nejsou většinou schopni pracovat. I když nemocný klient musí cestovat do jiného města za svým lékařem, nebo za jinými záležitostmi, musí platit plné jízdné.

Problémem v rámci financí také může být situace, kdy klient žije sám, platí poplatky, ale ve svých financích se ztrácí. Nedokáže ušetřit a potřebuje pomoci. Sociální pracovník s takovým klientem pracuje na jeho finanční gramotnosti. Nabízí mu alternativy, které klient přijmout může, nebo nikoliv. Finance a řešení situace ohledně jich, je složitá a duševně nemocný člověk pocítuje stres mnohonásobně větší, než zdravá populace. Pokud se přidá závislost na alkoholu, nikotinu nebo jiných látkách, nemocnému příliš financí z důchodu nezbyvá a přibývá další stres. Řešením, může být omezení svéprávnosti. Podle zákona 89/2012 Sb., občanský zákoník, § 55 - § 65. U okresního soudu se posoudí způsobilost dané osoby a určí se její opatrovník, který pomáhá spravovat finance. Verdikt soudu platí tři roky, ovšem může být prodloužen. Soud může také určit například nápomoc při rozhodování, je to mírnější forma než omezení svéprávnosti (Mahrová, 2007).

9. Nové metody sociální práce v rámci reformy psychiatrie

V této kapitole bych ráda představila nové metody sociální práce, které se také využívají v práci s duševně nemocnými klienty. V roce 2013 se schválila reforma psychiatrie. Její praktická stránka se začala využívat v roce 2017. Jde o zavedení Center duševního zdraví, změny financování, destigmatizace, vzdělávání, zaměstnávání. Reforma si klade za cíl zlepšení života lidí s duševním onemocněním. Možnost lepšího přístupu ke službám. Metody, se kterými pracují sociální pracovníci, jsou case management, recovery, komunitní podpora, programy komunitní podpory, Centra duševního zdraví a destigmatizace.

9.1. Case management

Case management znamená, že každý klient má svého klíčového pracovníka, který pracuje aktivně s klientem, naplňuje individuální plán, splňuje zakázky klienta a svou činnost uplatňuje v multidisciplinárním týmu, kde spolupracuje s kolegy z pomáhajících profesí. Tím je prospěšný pro klienta, jelikož ho zapojuje do sítě sociálních kontaktů. Multidisciplinární tým musí vzájemně spolupracovat. Předávat si informace, pravidelně provádět schůze a pracovat s cílem zaměřeným na klienta. Sociální pracovník musí mít vztah s klientem, ovšem tento vztah nesmí přerůst do nežádoucí formy, kdy je klient na svém klíčovém pracovníku závislý. Pokud je klient v remisi své nemoci, tak s ním pracuje pouze klíčový pracovník. V relapsu a krizi, je k dispozici celý multidisciplinární tým. Cílem není pouze klienta uzdravit nebo stabilizovat, ale zapojit ho do společnosti jak jen je možné. Sociální pracovník musí v klienta věřit, být mu podporou, je důležitá profesionalita, ale také lidský přístup. Můžeme říct, že tato práce je posláním (Matoušek, 2013).

9.2. Recovery

Ač je duševní nemoc jakkoliv těžká, klient by si měl užívat život i přes její příznaky. Cílem není uzdravení, ale vymezení místa ve společnosti, které klienti s duševní poruchou potřebují. Recovery znamená zotavení. Jde o změnu přístupu nemocného člověka o změnu jeho hodnot a snahu prožít plnohodnotný život i se symptomy nemoci. Mít onemocnění nemusí znamenat konec. Recovery si bere za cíl, být plnohodnotný a klidný, i za

předpokladu, že není možnost uzdravení. Tento pojem se nejdříve využíval u léčby drogově závislých. V posledních letech se přesunul do léčby duševního onemocnění. Tento proces je velice osobní. Jde o přijetí nemoci, smíření se s ní a také o vyvinutí schopnosti přijmout pomoc. Pokud nemocný člověk přijme své onemocnění, nebude hledat vinu a nebude se potápět do sebelítosti, otevře si cestu k lepšímu životu. Onemocnění, ať už psychické, či fyzické ovlivňuje naše vědomí a myšlenky. Pokud přijmeme nemoc, budeme si vážit svého života, tak toto onemocnění zvládneme lépe, než když budeme rozsévat negativitu. Pokud nemocný klient tuto zotavení přijme, pomůže to také jeho rodině a okolí, která nebude již zatěžována nejen příznaky nemocného, ale jeho špatným přístupem. Samozřejmě tento proces není okamžitý a člověk k němu musí dozrát (Probstová, Pěč, 2014).

9.3. Centra duševního zdraví

Tyto centra jsou nízkoprahové služby pro osoby s vážnou duševní chorobou, které klientům nabízí zdravotní a sociální služby. Jde o souhrn zdravotních a sociálních služeb, které si berou za cíl, být co nejbližší klientovi. Tyto centra mají zájem o to, aby se u klientů předešlo dlouhodobé hospitalizaci. Hospitalizace vždy naruší život klienta, tudíž je důležité, aby byl systém schopen klientovi ulehčit jeho úděl co nejvíce. Pokud hospitalizace nastane, jsou centra duševního zdraví pro klienta užitečná v začlenění zpět do společnosti. V centrech pracuje multidisciplinární tým složený z psychiatrů, terapeutů nebo sociálních pracovníků a pracují formou case managementu. Jde o to, aby každý klient z jakékoliv oblasti měl možnost využít sociálně-zdravotní služby. Centra usilují o začlenění klientů do komunity, podporují klienta v hledání a uplatnění v zaměstnání, ve volnočasových aktivitách a v podpoře bydlení.

Aby klient dostal tu nejlepší možnou péči, jde o propojení sociální a zdravotní péče. Jde o souhrn mezi zdravotnickými pracovníky a sociálními pracovníky. Aby své poznatky a zkušenosti sdíleli mezi sebou a inspirovali se z nich. Společně pracují na klientově zotavení. Pracují s jeho nadějí v lepší život, s růstem jeho silných stránek, využívají osobní přístup ke klientovi a pracují s úctou. Centra duševního zdraví by měla vykonávat svou činnost v regionech od 60 000 – 140 000 obyvatel. Tým centra spolupracuje i s dalšími službami.

Pokud má klient svého psychiatra mimo centrum, jsou s ním v kontaktu, také s praktickým lékařem.

Cílem centra je také to, aby klient nebyl závislý na službách, které nabízí, ale aby se dostal do komunity ostatních občanů a využíval komunitní služby tam. Aby dokázal v budoucnu pracovat sám na sobě a začlenil se do komunity, ve které žije. Centra také využívají peer pracovníky, kteří mají osobní zkušenost s duševním onemocněním, byli hospitalizováni a nyní dokážou předat své zkušenosti dál.

Centra duševního zdraví nabízí terénní služby, služby psychologa, psychiatra, krizové služby, posilují svépomoc klienta. V rámci terénních služeb navštěvují klienta v jeho domově, spolupracují s rodinou. V rámci krizových služeb pomáhají krizi u klienta předcházet. Klient může zavolat na krizovou linku, pracovníci ho navštěvují. Multidisciplinární tým o klientovi hovoří jednou v týdnu na poradě a řeší jeho situaci (<http://www.reformapsychiatrie.cz/>).

V současnosti jsou centra zastoupeny v každém kraji. První centrum bylo založeno ve spolupráci s Psychiatrickou nemocnicí Bohnice a Fokusem Praha na Praze 8 (<https://www.fokus-praha.cz/index.php/cz/pomahame/centra-dusevniho-zdravi>).

9.4. Destigmatizace

V rámci reformy psychiatrie se pracuje na projektu Destigmatizace. Tento projekt provádí Národní ústav duševního zdraví s účinností od roku 2017. Laická veřejnost osoby s duševním onemocněním mnohdy diskriminuje a mají určité stigma vůči těmto osobám. Je to z důvodu toho, že nemoci nerozumí, z těchto osob mají strach, a co není „normální“ je přeci špatné. Tento postoj zaujímají leckdy i média, kdy je z nějakého trestného činu obviněna osoba, která má duševní onemocnění a ve veřejnosti se nese názor, že je takový každý nemocný. Předsudky a strach je vedou k těmto nesmyslným názorům. Psychicky nemocný člověk, za svou nemoc nemůže a není pravidlo, že je takový člověk zlý. V rámci tohoto projektu vznikla Iniciativa NA ROVINU, ve které je důležité mluvit o psychické poruše, jaké mají nemocní zkušenosti, porovnat psychickou a fyzickou nemoc.

Pojem stigma znamená společenské zamítnutí smyšlených nebo faktických vlastností nebo chování, které odporují názoru většiny. Stigmatizace duševně nemocných znamená, že běžní občané nerozumí těmto diagnózám, psychicky nemocní jsou zavřeni v institucích, které běžný občan nezná, a tudíž má z nich strach. Pokud se povede reforma psychiatrie a psychicky nemocní se budou více začleňovat do společnosti, nebudou zavřeni v instituci, ale budou docházet do ambulantních zařízení, tak toto stigma může vzít za své. Do projektů které mají pomoci destigmatizaci, se zapojuje společnost Fokus Praha svými projekty, jako je: Týdny pro duševní zdraví, Blázníš? No a!. Organizace VIDA o.s. nabízí poradenství přímo od lidí s duševními problémy. Organizace Green Doors o.s. a ESET-HELP o.s. mají své tréninkové kavárny, kde pracují lidé se zkušeností s duševní poruchou.

Projekt MEZI PLOTY, který každý rok pořádá festival v areálu Psychiatrické nemocnice Bohnice (<https://www.psychiatrie.cz/deni-zdravotni-a-socialni-politika/deni-destigmatizace>).

10. Praktický dopad služeb na život duševně nemocných

V teoretické části práce jsem popsala druhy duševního onemocnění, se kterými se nejčastěji sociální pracovníci ve své praxi setkávají při práci s touto cílovou skupinou. Také jsem popsala teoretické metody práce s každým druhem duševního onemocnění. Zároveň jsem se zmínila v kapitole 9 o reformě psychiatrie, která také z velké části zasahuje sociální služby. Šetření jsem tudíž zaměřila na zjištění, jak sociální služby ovlivňují život lidí s duševním onemocněním. Formou řízeného strukturovaného rozhovoru jsem oslovila sociální pracovníce, které pracují v přímém kontaktu s klienty s duševním onemocněním. Tyto pracovníce jsem si vybrala, jelikož mám s nimi a s jejich organizacemi, ve kterých pracují přímou zkušenost při práci s mým tatínkem. V druhé části šetření jsem formou kazuistik poukázala na konkrétní dopad služeb na nemocné klienty. Jde o srovnání skutečných zážitků s profesionálním názorem a postojem sociálních pracovníků v první části šetření.

10.1. Cíl výzkumu

Cílem šetření je zjistit jaký existuje dopad sociálních služeb na kvalitu života duševně nemocných. Otázkami na sociální pracovníce jsem se pokoušela zjistit, jaké terapeutické programy jsou v rámci práce s klienty nejefektivnější, jaké změny klient zažívá při nástupu do služby nebo jak se klient dostane k sociální službě. Jde o názory konkrétních pracovníků, tudíž nelze výsledky aplikovat na celou cílovou skupinu.

Kazuistiky duševně nemocných dokreslují situaci a konkrétní dopad služeb na jejich životy. Jak vypadal život bez sociálních služeb a následně po jejich využití.

10.2. Metoda sběru dat

Jako metodu sběru dat jsem využila strukturovaný rozhovor s otevřenými otázkami. Tento rozhovor se skládá z předem připravených otázek, na které respondenti odpovídají. Tento typ rozhovoru jsem zvolila, jelikož je žádoucí, pokud není možné rozhovor opakovat a je málo času k uskutečnění rozhovoru díky situaci v České republice, ve které v době sběru dat platil zákaz volného pohybu osob (Hendl, 2016).

Využila jsem kvalitativní šetření, které je pružné, nečíselné objasnění sociálních jevů. Jde o pochopení zjišťovaných úkazů, které předkládají zkoumaní respondenti. V kvalitativním výzkumu jde o to, jak dané osoby rozumějí světu (Hendl, 2016).

Oslovila jsem 5 sociálních pracovníc, které pracují pro různé organizace věnující se osobám s duševním onemocněním. Formou telefonické komunikace s kombinací E-mailové komunikace jsem respondentkám předložila 10 otázek týkajících se šetření. Otázky dostaly předem na E-mail a po telefonu jsme společně vyplňovaly do již připraveného archu. Vše jsem poté převedla do elektronické podoby. Respondentky jsou anonymní. Oslovila jsem pracovnice z organizace Baobab z.s. a pracovnice z Týmu duševního zdraví Žatec spadající pod FokusLabe. Vybrala jsem si tyto konkrétní pracovnice, jelikož je znám z praxe. Šetření probíhalo od března do dubna 2020. Telefonická konverzace s respondentkami trvala většinou 20-30 minut. Otázky byly otevřené, tudíž záleželo na respondentce, jak hluboce se k dané otázce vyjádří. U škálových otázek jsem využila i možnosti vlastního komentáře.

10.3. Metoda zpracování dat

Před začátkem šetření jsem si zvolila hlavní výzkumnou otázku a její dílčí výzkumné otázky. Škálové otázky jsem převedla do grafické podoby, pro lepší orientaci. Každou tazatelskou otázku jsem opatřila odpověďmi respondentek a svým komentářem k daným názorům.

10.4. Operacionalizace

„Přechod od teoretických vymezení výzkumného problému zkoumaných sociálních jevů k empiricky uchopitelné a testovatelné podobě prostřednictvím redukce informace pomocí indikátorů a znaků se nazývá operacionalizací.“ (Baum, 2014, s. 80).

Jde o převod mezi teorií a praxí. Mezi hypotézami před začátkem šetření a mezi výsledky daného šetření. Jde o způsob jak data zpracovat a měřit je (Baum, 2014).

Základní výzkumná otázka:

Jaký dopad mají sociální služby na duševně nemocného.

DVO1: *Jak pomáhá reforma psychiatrie ke zlepšení kvality života duševně nemocných?*

Otázka 1: Myslíte si, že se zlepšila situace v ČR v rámci stigmatizace duševně nemocných?

Otázka 2: Jakou máte zkušenost se spoluprací v multidisciplinárním týmu?

Otázka 3: Jak vnímáte působení psychiatrických zařízení v léčbě duševních poruch v ČR?

Otázka 4: Jaký terapeutický program je při práci s klientem s duševní poruchou nejprínosnější?

Otázka 5: Jak podporujete zapojení rodiny do zlepšení stavu duševně nemocného klienta?

DVO2: *Jak sociální služby zasahují do života klientů?*

Otázka 6: Jaké změny pozorujete u klientů po nástupu k Vám do služby?

Otázka 7: Dle Vaší zkušenosti, myslíte si, že duševně nemocní a jejich rodiny jsou dostatečně informovaní o možnostech sociálních služeb?

Otázka 8: Jak se k Vám do služby obvykle klienti dostanou?

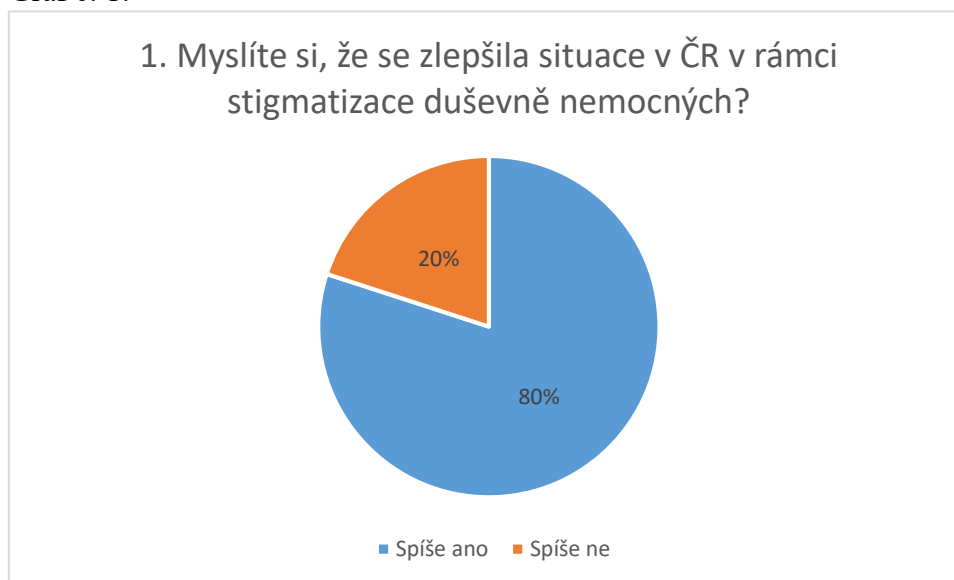
Otázka 9: Jaká pociťujete dilemata při práci s duševně nemocným klientem, a jaký dopad má tato práce na Váš život a duševní stav?

Otázka 10: Jsou podle Vás finance, se kterými klienti operují dostatečné na pokrytí jejich potřeb?

11. Výsledky šetření a interpretace

Otázka 1: Myslíte si, že se zlepšila situace v ČR v rámci stigmatizace duševně nemocných?

Graf č. 1:



Zdroj: autorka (vlastní výzkum)

Respondent 1: „Snahy subjektů usilujících o destigmatizaci míří k veřejnosti a k médiím. Vnímám to proto, že tyto snahy sleduji, nemůžu ale mluvit za lidi, kteří se v tomto oboru pohybují. Stále ale velká část veřejnosti zastává názory, že např. člověk se schizofrenií může být nebezpečný, nebo že duševně nemocní mají mentální deficit apod.

Určitě ale dost pomohly stigmatizaci již tradiční kulturně-osvětové akce typu Mezi ploty, Babí léto, Čarodějnice pořádané organizací Green Doors... “

Respondent 2: „Pokud mohu přidat můj ne úplně učený názor: Pracovala jsem v Baobabu před deseti lety a dostupnost a nabídka služeb je za tu dobu stejná. Osobně vnímám větší podporu systému v deinstitucionalizaci, spíše, než v destigmatizaci. Obecně je asi mnohem více různých podob destigmatizačních projektů, které pracují na uvolnění předsudků ve společnosti.“

Respondent 3: „Podle mého názoru bohužel ne. Takhle - na jedné straně je reforma psychiatrické péče, která mj. usiluje o deinstitucionalizaci, což ačkoliv nesouvisí tolik s destigmatizací, tak je určitě super i tak samo o sobě a zřejmě i tím, že jsem v oboru a

zajímám se, tak vidím změny, které se dějí, takže ano – nějaký posun zde je. Proč však tvrdím, že ne, je chování lidí kolem nás, na téhle rovině ten posun zkrátka nevidím. Říká se, že dnešní doba je otevřenější, přesto se ale stále setkávám s tím, že duševní onemocnění je pomyslnou nálepkou. V některých případech předzvěstí pro posměch, bagatelizování či ubírání váhy a hodnoty obsahu sdělení dotyčného. Záleží hodně i na tom o jaké formě a druhu duševního onemocnění mluvíme. Vím o dost lidí v okolí, kteří u sebe nějaké příznaky duševního onemocnění pozorují, ale právě pro strach ze stigmatizace je nijak odborně neřeší. Mnohdy mi bylo sděleno, že to ovlivní i jejich budoucí kariéru. Otázkou pro mě zůstává, v co to jednoho dne vygraduje? A taky co je ve výsledku větší zlo? Aby v oboru pracoval jedinec, který bude medikovaný, přesto ale plně funkční, neohrožující. Nebo člověk, který se nechce vzdát toho jediného, co ho naplňuje a ví, že přiznáním se, či řešením odbornou cestou ho může stát místo v zaměstnání, a proto svůj stav bude ignorovat a tím své onemocnění prohlubovat, dokud nenabude fatálních následků? Přijde mi to mnohdy jako začarovaný kruh a je mi z toho smutno. Tím spíše, když jde o mladé lidi, kteří sami mají obrovský potenciál pomáhat druhým či dosáhnout mnohého ve svém životě. Mám zkrátka pocit, že v tomhle je ten systém ne úplně domyšlený a především, že je ta osvěta malá. Ale ano, často se setkáváme s různými slogany, lidé obecně mluví o bezpodmínečném přijetí – nicméně pouze do doby, dokud takový člověk nestojí tváří v tvář k nim samotným.“

Respondent 4: *„Vzhledem k probíhající reformě se dá říci, že se stigmatizace lepší, ale nemyslím si, že je situace ideální – stále by se mělo více pracovat na tom, aby lidé lépe přijali ostatní lidi s duševním onemocněním.“*

Respondent 5: *„Reforma psychiatrické péče, která v ČR nyní probíhá má jako jeden z cílů destigmatizaci duševně nemocných. Situace se určitě zlepšila, ale stále je na čem pracovat.“*

Všichni respondenti kromě respondenta 3 se shodují, že na destigmatizaci psychicky nemocných se pracuje, ale tato činnost, nebo spíše účinnost není dokonalá. Existují programy, které přivádí mezi všeobecnou veřejnost osvětu, ovšem tato osvěta společnost stále tolik neovlivňuje. Jak uvedl **respondent 1:** *„Stále ale velká část veřejnosti*

*zastává názory, že např. člověk se schizofrenií může být nebezpečný, nebo že duševně nemocní mají mentální deficit apod.“ S tímto názorem se shoduje **respondent 3:** „Říká se, že dnešní doba je otevřenější, přesto se ale stále setkávám s tím, že duševní onemocnění je pomyslnou nálepkou. V některých případech předzvěstí pro posměch, bagatelizování či ubírání váhy a hodnoty obsahu sdělení dotyčného.“ Už jen přijetí osoby s duševním onemocněním mezi sebe je něco, s čím běžný občan nepočítá. Mají představu z filmů a medií, že když někdo spáchal nemyslitelný trestný čin, byl to člověk s duševní nemocí. Už se tolik neuvádí, že tento člověk nebyl léčen, byl týrán nebo měl velmi těžký průběh své nemoci. Společnost by měla být schopna mezi sebe přijmout psychicky nemocného člověka stejně jako člověka se somatickým onemocněním. Podle mého názoru, by pomohlo více zaměstnávat léčené osoby s duševním onemocněním do běžného pracovního trhu. S destigmatizací, souvisí také deinstitucionalizace, která má za cíl omezit pobyt lidí s duševní poruchou v psychiatrických zařízeních. Tyto zařízení většinou člověka odříznout od běžné populace a je poté pro něj těžké se do ní znovu zařadit. Tento názor potvrzuje **respondent 2:** „Osobně vnímám větší podporu systému v deinstitucionalizaci, spíše, než v destigmatizaci.“*

Otázka 2: Jakou máte zkušenost se spoluprací v multidisciplinárním týmu?

Respondent 1: *„Víceméně nemám. Náš tým zatím není multidisciplinární, ačkoliv v budoucnu nás to pravděpodobně čeká. Zatím ale nemám v týmu zdravotní sestru, psychiatra, peera, adiktologa... V tuto chvíli jsme ve složení sociální pracovníci, pracovníci v sociálních službách, psychologka.“*

Respondent 2: *„Žádnou.“*

Respondent 3: *„Příjemnou. Mám pocit, že v rámci práce s duševně nemocnými je to určitě skvělé. Jednak je fajn mít za sebou ten tým a nedělat tak rozhodnutí sama, mít možnost sdílet a poradit se v kontextu. Protože se problém nikdy nedotýká jediné oblasti. A co nevím já, může mi dokreslit např. psycholog. Určitě vnímám jako důležitý vzájemně kooperovat.“*

Respondent 4: „V praxi prozatím malou, ale od kolegů vím, že se multidisciplinárně pracuje a myslím se, že je to rozhodně přínosem. Jak pro pracovníky, tak zejména pro klienta, jelikož multidisciplinárně se pracovníci scházejí právě kvůli němu.“

Respondent 5: „Multidisciplinární tým je složen z odborníků různých profesí, jejichž cílem je podporovat člověka na jeho cestě k uzdravě. Práce v takovém týmu je přínosem nejen pro klienta, ale pro všechny členy takového týmu.“

Respondent 1 a 2 nemá s multidisciplinárním týmem zkušenost. **Respondent 3** vnímá multidisciplinární tým, jako svou podporu: „Jednak je fajn mít za sebou ten tým a nedělat tak rozhodnutí sama, mít možnost sdílet a poradit se v kontextu. A co nevím já, může mi dokreslit např. psycholog.“ Respondent 4 a 5 se shoduje v přínosu takového týmu pro klienta. Péče je ucelená a komplexní. Sociální pracovník, jako klíčový pracovník svého klienta, spolupracuje s dalšími odborníky a získává tak větší přehled v možnostech pomoci pro klienta.

Otázka 3: Jak vnímáte působení psychiatrických zařízení v léčbě duševních poruch v ČR?

Respondent 1: „Pozitivně. Je stále větší snaha o propojení psychiatrických nemocnic a organizací komunitní péče s cílem vzájemné spolupráce a efektivních zapojení se do podpory klientům, kteří to potřebují, nejčastěji po přechodu z dlouhodobé hospitalizace. Tato snaha přichází nyní hlavně od psychiatrických nemocnic, které si uvědomují nutnost zapojení komunitní péče. Stále je ale nutné, aby existovaly psychiatrické nemocnice, ne vždy klient svůj stav zvládne za pomoci rodiny, ambulantního psychiatra a neziskových organizací.“

Respondent 2: „Pokud máte na mysli psychiatrické nemocnice a oddělení v nemocnicích, vnímám je jako velkého pomocníka, když dojde k akutnímu a velkému propadu ve zdravotním stavu klienta. Na druhou stranu bych uvítala jinou koncepci péče přímo v nemocnicích o lidi s duševním onemocněním. Obecně se domnívám, že stále velmi převažuje vysoká medikace v první fázi kontaktu, ale nemám medicínské vzdělání, abych tohle mohla posoudit, zda je to

správná nebo špatná cesta. Od klientů a peerů vím, že mnohdy by pomohlo vlídné a terapeutické slovo, které by pomohlo hrozící krizi překonat. “

Respondent 3: *„Určitě sehrávají důležitou roli, zejména v akutních stádiích. Osobně však zastávám názor, že dlouhodobá psychoterapie je účinným a efektivním nástrojem. Nicméně ruku v ruce s medikací, která minimálně na počátku může pomoci klienta stabilizovat, aby nějaké „práce na sobě“ byl vůbec schopen či vůbec získal náhled na své onemocnění. Dalším faktorem, který vnímám je však to, že klient musí sám chtít (a do této fáze se mnohdy bohužel dostane pouze díky medikaci), takže v tomto vnímám veliký přínos. Zároveň se mi nelíbí systém péče v nemocnicích, kde je to mnohdy právě pouze o té medikaci – často i v enormní formě, kdy může jedince více poškodit, než pomoci. A vnímám ten nedostatek právě u té multidisciplinarity, kdy se už vytrácí ta míra psychologické péče a podpory klientů. Samotná medikace v mých očích jednoznačně nemůže stačit. “*

Respondent 4: *„Každé zařízení je jiné, s některými máme zkušenosti dobré, s některými horší. Vše záleží na přístupu lékařů a všeobecně personálu v léčebnách. Jednou větou bych ale řekla, že léčba v léčebnách by mohla být určitě kvalitnější. “*

Respondent 5: *„Cílem reformy psychiatrické péče je také deinstitucionalizace (přesunout péči o duševně nemocného člověka z ústavu do komunity). V budoucnu by měla většina péče probíhat v běžném prostředí člověka. “*

Respondenti se shodují, že psychiatrická zařízení jsou v praxi užitečná. Ovšem považují je za důležitá pouze v akutní fázi onemocnění. Pozdější rehabilitace by měla být zařízena v jiných institucích, nebo v domácí léčbě. **Respondent 2** uvádí: *„Obecně se domnívám, že stále velmi převažuje vysoká medikace v první fázi kontaktu, ale nemám medicínské vzdělání, abych tohle mohla posoudit, zda je to správná nebo špatná cesta. “* S tímto tvrzením koresponduje **respondent 3:** *„Zároveň se mi nelíbí systém péče v nemocnicích, kde je to mnohdy právě pouze o té medikaci – často i v enormní formě, kdy může jedince více poškodit, než pomoci. “* S těmito názory souhlasím. Myslím si, že se může stát, že psychicky nemocného lékaři „zalékuji“ a on není schopen se z takového stavu dostat.

K tomu související pobyt v neléčebném prostředí psychiatrické nemocnice a uzdravení se protáhne na delší fáze. Respondenti na psychiatrická zařízení pohlíží pozitivně, ovšem s příchodem psychiatrické reformy očekávají zlepšení deinstitucionalizace.

Otázka 4: Jaký terapeutický program je při práci s klientem s duševní poruchou nejprínosnější?

Respondent 1: *„Za sebe a svou službu (služba tréninkového bydlení a ambulantní a terénní podpory) vnímám, že je nejdůležitější „obyčejná“ podpora klienta v každodenních běžných činnostech, dále podpora při vyřizování sociálních dávek, při hledání práce a bydlení. Tato podpora je založena na práci klienta s klíčovým pracovníkem pomocí individuálního plánování.*

Co se týče psychoterapeutických programů, ty nechci hodnotit, nejsem psychoterapeut, jistě má ale velký přínos, když klient se závažnější duševní poruchou po dlouhodobé hospitalizaci nebo po prvohospitalizaci absolvuje ještě ambulantní denní stacionář – nejčastěji organizovaný již organizacemi typu Eset-Help, Fokus, Ondřejov...“

Respondent 2: *„Záleží, jaký směr terapeutické práce máte na mysli. Můžeme mluvit o psychoterapii - pak je to ryze individuální, co sedne konkrétnímu člověku.*

My v Baobabu pracujeme spíše formou sociální terapie jako „nápravy“ toho, co onemocnění nese sebou nepříjemného a obecně se domnívám, že práce s lidmi s duševním onemocněním není jen o jednom přístupu. Pomáhá jak ergoterapie, tak poskytnutí podporovaného bydlení, tak trénink sociálních dovedností,...atd. Duševní onemocnění velmi často zasáhne mnoho rovin v životě člověka. Pak pomáhá nejvíc to, kde je třeba podpora.“

Respondent 3: *„Recovery přístup je něco, co by se mělo v práci s duševně nemocnými objevovat.*

Pak už záleží na klientovi. Někomu sedí více pracovat individuálně, někomu vyhovují skupinová sezení. Přijde mi, že se hodně vyplácí úkolově orientovaný přístup, kdy je důležité mít především dílčí cíle, které jsou přiměřené a odpovídají jedincovo stavu i schopnostem.

Součástí je rozhodně oceňovat každý krůček. Vždycky se dá klient pochválit a mám zkušenost, že často na systém: úkol – snaha – ocenění, dobře reagují. Sami mohou vnímat posuny, což je může motivovat. “

Respondent 4: *„Asi nelze úplně vybrat jeden program, důležité je s klientem pracovat individuálně, pracovat s jeho problémem a zejména se zaměřit na silné stránky.“*

Respondent 5: *„Nejdůležitější je pracovat s příběhem člověka, zaměřit se na silné stránky. Podpořit ho v znovunalezení jeho rolí v životě. Není to o jednom konkrétním směru. “*

Zde se respondenti rozcházejí, jelikož přístup ke každému klientu je individuální. Dle

respondenta 1: *„... vnímám, že je nejdůležitější „obyčejná“ podpora klienta v každodenních běžných činnostech, dále podpora při vyřizování sociálních dávek, při hledání práce a bydlení.“* **Respondent 2** uvádí: *„Pomáhá jak ergoterapie, tak poskytnutí podporovaného bydlení, tak trénink sociálních dovedností,... atd. Duševní onemocnění velmi často zasáhne mnoho rovin v životě člověka. Pak pomáhá nejvíc to, kde je třeba podpora.“*

Respondent 3 si myslí: *„Přijde mi, že se hodně vyplácí úkolově orientovaný přístup, kdy je důležité mít především dílčí cíle, které jsou přiměřené a odpovídají jedincovo stavu i schopnostem.“* Respondenti 4 a 5 uvádějí, že je důležité se zaměřit na klientovy silné stránky. Osobně jsem toho názoru, že je důležité mít svého klíčového pracovníka a ten je klientovi k dispozici s jeho konkrétními potřebami.

Otázka 5: Jak podporujete zapojení rodiny do zlepšení stavu duševně nemocného klienta?

Respondent 1: *„V současné době naše organizace systematicky s rodinami nepracuje ve smyslu psychoedukací pro rodinné příslušníky, svépomocných skupin a rodinných terapií, ale minimálně psychoedukaci rodinných příslušníků v plánu do budoucna máme. Ale na individuální úrovni se snažíme a chceme zapojit rodinu, je-li ze strany rodin a klientů zájem. Já sama se ale spíše setkávám s klienty, kde rodina není s klientem v kontaktu z různých důvodů a ani klient nemá přání zapojit rodinu do spolupráce. Téma zapojení rodiny např. v rámci společných schůzek ale přinášíme na schůzky s klienty a pravidelně nabízíme. “*

Respondent 2: „Pokud má klient nebo rodina zájem, pak velmi podporujeme, ale zatím v naší službě Aktivizace a rozvoj sociálních dovedností máme spíše méně zkušeností.“

Respondent 3: „Snažíme se o to. Vždycky je ideální, pokud má rodina i klient o toto propojení zájem. Ne vždy se tak ale děje. Často klient i vlivem svého onemocnění může mít k rodině negativní postoj, pak také lze pracovat zvlášť s ním, ale mít i kontext informací od rodiny a pracovat na tom, aby opět našli cestu. O důležitosti rodiny a obecně nějaké vazby asi nemusím hovořit...“

Respondent 4: „Pokud klient chce a pokud rodinu má, snažíme se s ní pracovat. Často se ale objevují lidé, kteří rodinou mají, ale jsou buď v minimálním kontaktu, nebo žádném. Tudiž rodina nereaguje ani na naši nabídku pomoci. Pokud se rodina zapojit chce, je to možné díky individuálním schůzkám (vždy s jiným pracovníkem, než je pracovník samotného klienta) nebo se mohou účastnit tzv. rodičovské skupiny – aktivita, kde se scházejí rodiče či blízcí příbuzní klientů a baví se o problémech svých blízkých s duševní nemocí. Přítomna je jak pracovnice naší organizace, tak také peer konzultant, což rodiče požadují za velký přínos.“

Respondent 5: „S rodinou pracujeme, pokud si to klient přeje a rodina je ochotná spolupracovat. Jsou možné jak individuální schůzky, tak skupinová aktivita - Rodičovská skupina.“

Rodina je pro dobré fungování člověka důležitá. Psychicky nemocní klienti ovšem často rodinu nemají, nebo jejich rodina o ně nemá zájem. Respondenti se odpověďmi u této otázky shodují, že je rodina v životě jejich klienta důležitá, ale často neexistuje, nebo nemá zájem. Podle **respondenta 1:** „Téma zapojení rodiny např. v rámci společných schůzek ale přinášíme na schůzky s klienty a pravidelně nabízíme.“ **Respondent 4** uvádí: „... nebo se mohou účastnit tzv. rodičovské skupiny – aktivita, kde se scházejí rodiče či blízcí příbuzní klientů a baví se o problémech svých blízkých s duševní nemocí. Přítomna je jak pracovnice naší organizace, tak také peer konzultant, což rodiče požadují za velký přínos.“ Tato aktivita mi přijde velice přínosná. Rodina, která je občas zatížena problémy s onemocněním svého

člena, se zde může uvolnit, sdílet zážitky a strasti a získat zkušenosti od člověka, který je psychicky nemocný a je schopen o svých problémech hovořit.

Otázka 6: Jaké změny pozorujete u klientů po nástupu k Vám do služby.

Respondent 1: *„Především mají navázaný vztah (s klíčovým pracovníkem), který spouští klientů chybí, a v tomto vztahu mohou sdílet své problémy. Klienti se naučí přijímat podporu pracovníků a tato podpora jim pomáhá v naplňování jejich cílů, přání a potřeb. Tento vztah je pravidelný, plánovaný a dlouhodobý.“*

Respondent 2: *„Pracuji ve službě Aktivizace a rozvoj sociálních dovedností, kam klienti dochází na skupiny a změny pozorujeme zejména ve fungování na skupinách. Často klienti zjistí, že ostatní řeší podobné potíže a tak cítí úlevu. Pracujeme formou sebezvojevých technik, při kterých klienti mluví někdy i poprvé o svých pocitech a prožívání.“*

Respondent 3: *„Často vnímám, jak je pro klienty důležité, že nejsou sami a vnímají podporu. Ačkoliv se snažím o co nejvyšší míru jejich soběstačnosti, tak pro ně v pozadí často představujeme jistotu. Neméně důležité je pak „kotvení“. Vnímám, že po vstupu do služby mají často tendence svůj stav více normalizovat a začínají vidět, že mohou ledacos zvládnout.“*

Respondent 4: *„Nelze úplně říci, že změny se dostaví ihned po nástupu do služby. Je to dlouhodobý proces, kterým nástup teprve začíná. Změny v blízké době po nástupu jsou individuální, často to ale bývá postupné zapojení do společných aktivit, kdy se pak člověk s ostatními klienty může vidat i v soukromí, znamená to tedy lepší zapojení do společnosti.“*

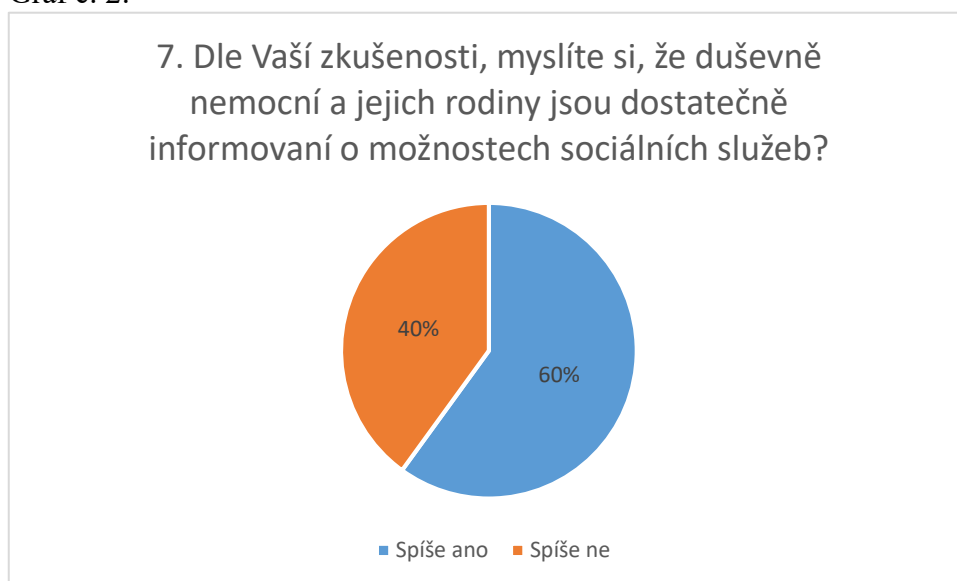
Respondent 5: *„Okamžitě po nástupu do služby obvykle není možné pozorovat žádné změny. Sociální rehabilitace je dlouhodobý proces, který nástupem do služby teprve začíná.“*

Tato otázka byla zaměřena na zjištění, toho jak se klienti chovají a jaké změny se u nich dějí po nástupu do služby. Z výše uvedených odpovědí respondentů vyplynulo, že klienti před nástupem do sociálních služeb jsou sami a potřebují zapojení do společnosti a doprovod sociálního pracovníka. Podle **respondenta 1:** *„Klienti se naučí přijímat podporu pracovníků a tato podpora jim pomáhá v naplňování jejich cílů, přání a potřeb.“*

Respondent 3 uvádí: „Často vnímám, jak je pro klienty důležité, že nejsou sami a vnímají podporu.“ Změny, které se u klientů dostaví, ovšem nejsou okamžité. To podporuje tvrzení **respondenta 4**: „Nelze úplně říci, že změny se dostaví ihned po nástupu do služby. Je to dlouhodobý proces, kterým nástup teprve začíná.“ **Respondent 5** závěrem uvádí že: „Sociální rehabilitace je dlouhodobý proces, který nástupem do služby teprve začíná.“

Otázka 7: Dle Vaší zkušenosti, myslíte si, že duševně nemocní a jejich rodiny jsou dostatečně informovaní o možnostech sociálních služeb?

Graf č. 2:



Zdroj: autorka (vlastní výzkum)

Respondent 3: „Mnohdy se děje, že jsme první, s kým se setkávají, poté co jejich rodinný příslušník je např. nedobrovolně hospitalizován. A často se děje, že vlastně vůbec nevědí, jakou funkci máme, co děláme. Spíše se na tyto možnosti ptají, nevědí, kam se obracet, chtějí dopomoci s různými žádostmi (ZTP, ID. PnP).“

Respondent 4: „Stále se objevují rodiny, kteří jsou udiveni našimi službami, je to velká škoda, protože po zjištění, co vše děláme, jsou za službu vděční.“

Respondent 5: „Situace se postupně zlepšuje. Sociální služby spolupracují jak s léčebnami, tak s ošetřujícími lékaři klientů. Dále jsou zapojeny do komunitních plánování ve městech, kde služby působí.“

V této otázce se respondenti zcela neshodují. Respondenti 1 a 2 si myslí, že rodinní příslušníci jsou informovaní o sociálních službách. Podle **respondenta 3:** „*A často se děje, že vlastně vůbec nevědí, jakou funkci máme, co děláme.*“ Toto je rozhodně špatně. Člověk, který žije relativně spokojený život a sociální služby nepotřebuje, nemá o nich většinou ponětí. Pokud se mu stane nějaká nepříznivá životní událost, neví kam se obrátit a jak služby vyhledat. Člověk nemocný duševním onemocněním má nepatrnou šanci služby vyhledat a zamyslet se, co vlastně potřebuje. Proto by mělo být samozřejmé, aby nabídky služeb v daném místě bydliště nabízeli psychiatři, obvodní lékaři, úředníci a jiní. To potvrzuje **respondent 5:** „*Sociální služby spolupracují jak s léčebnami, tak s ošetřujícími lékaři klientů. Dále jsou zapojeny do komunitních plánování ve městech, kde služby působí.*“

Otázka 8: Jak se k Vám do služby obvykle klienti dostanou?

Respondent 1: „*Nejčastěji se do naší služby klienti dostanou z hospitalizace v Psychiatrické nemocnici Bohnice. Také se stává, že se k nám klienti dostanou z jiné organizace jako je Bona a Fokusu, protože se klient přestěhuje do naší lokality, anebo chce využívat našich služeb.*“

Respondent 2: „*Na doporučení psychiatra, z Psychiatrické nemocnice nebo od známých, kteří Baobab sami využívají.*“

Respondent 3: „*Zpravidla sdělují, že po vyhledávání na internetu narazili na naši organizaci. Jindy je to na doporučení psychiatra ať už jejich individuálního či v rámci psychiatrické nemocnice.*“

Respondent 4: „*Spolupracujeme s úřady města, nejvíce tedy přes ně. Také si nás klienti nebo jejich rodiny mohou sami najít na internetu. Dále pomocí depistáže v psychiatrických léčebnách či díky spolupráci s psychiatry.*“

Respondent 5: „*Probíhají depistáže v léčebnách a nemocnicích, spolupracujeme s ambulantními psychiatry. Klient se na nás může obrátit sám, případně jeho rodina a přátelé. Často nás kontaktuje i sociální odbor města.*“

Respondenti se shodují, že se klienti k nim do služby většinou dostanou z psychiatrické nemocnice. Jelikož se při dobrém stavu pacienta postupně propouští, je důležité, aby byl dále pod péčí a dohledem odborné osoby. Přejít z psychiatrické nemocnice do normálního života je těžké, a proto je důležité mít oporu. Respondent 4 uvádí, že spolupracuje s úřady města, a probíhají depistáže v psychiatrických nemocnicích. S tímto tvrzením souhlasí i respondent 5.

Otázka 9: Jaká pociťujete dilemata při práci s duševně nemocným klientem?

Respondent 1:

- *„Pracovat pouze s přáními klienta vs. Klienta k něčemu směřovat*
- *Podpora vs. Kontrola, dodržování pravidel*
- *Užívání návykových látek klientem vs. Svoboda klienta*
- *Blzký a důvěrný vztah vs. Hranice ve vztahu pracovníka a klienta (problém nejvíce u klientů s poruchou osobnosti)*

Někteří klienti jsou zahlcující, překračují hranice služby, vyžadují více kontaktu, než služba dle metodiky nabízí, případně potřebují spíše terapii, zároveň přístup musí být individuální a souviset s potřebami jednotlivých klientů.... Pracovník si s některými klienty musí hlídat hranice, více strukturovat setkávání a vracet se ke stanoveným cílům.“

Respondent 2: *„Asi neumím odpovědět na téma dilemat. Jen popíšu, jak vnímám práci s lidmi s duševním onemocněním. Jako pracovník si musím velmi uvědomovat, kde jsou hranice mé práce a kde jdeme ve vztahu s klientem do osobní roviny – na tom pracuji na supervizích. Já osobně vnímám práci s lidmi s duševním onemocněním náročnou v tom, že poměrně často mluvíme o „blbých náladách“, pocitech paranoidních myšlenek, atd..., což do života i mě vnáší pocit, že svět je takový. Další téma je otázka případného zhoršení zdravotního stavu. Pokud nastane chvíle, že klient má propad svého onemocnění a je nutné zasáhnout i bez jeho svolení (hospitalizace), jsou to vždy obtížné chvíle pro všechny zúčastněné. Na druhou stranu bereme tyto „propady“ jako příležitosti k růstu a následně hledáme cesty, jak příště situaci předejít nebo ji zmírnit dříve.“*

Respondent 3: *Mnohdy je to právě to zapojení rodiny, kdy si uvědomuju: přínos informací x přání klienta*

pak určitě hranice (klienti často vycítí takový ten pouze formální vztah, vnímám větší spokojenost a efektivitu práce, pokud je člověk autentický a dá do toho vztahu kus ze sebe)
profesionalita x lidskost

zasáhnout x nezasáhnout *(opět dilema ve smyslu lidských práv, omezení, atd. Někdy si to bohužel situace - zdravotní stav - žádá, může to pak vztah s klientem narušit, neboť jsme v onu chvíli i my v jeho očích zrádci. Důležité je si připomínat, že pracujeme dle svého nejlepšího vědomí a svědomí. Snažíme se o podporu a vysokou míru soběstačnosti, deinstitucionalizaci, ale zároveň je dobré stát nohama na zemi.)*

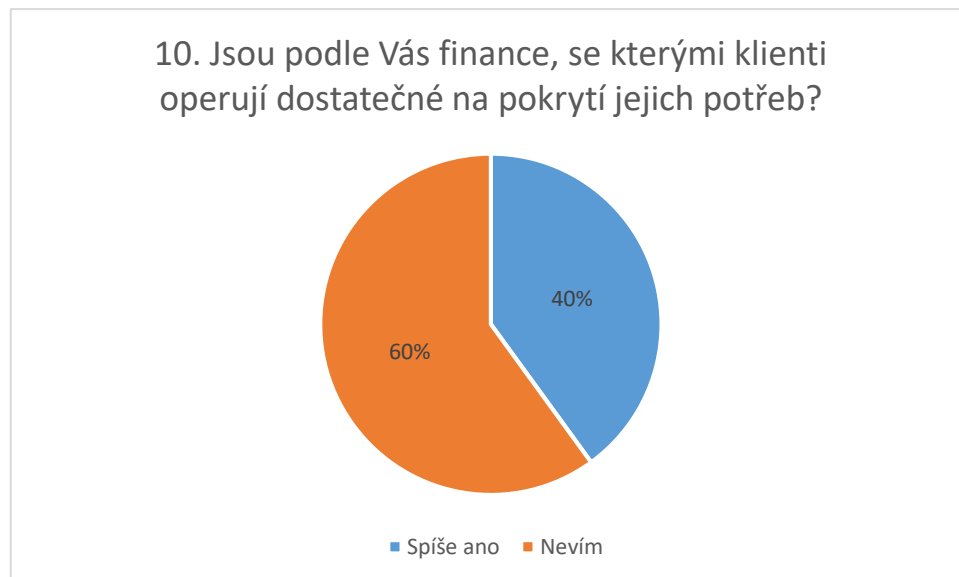
Respondent 4: *„Prozatím jsem se nedostala do žádného dilematu, možná jen je někdy těžké klientovi stanovit hranice, aby se držel telefonátů v pracovní době. Pro tuto situaci ale máme zřízenou krizovou linku, na kterou je případně klient odkázán k jiné kolegyni.“*

Respondent 5: *Nepociťuji žádná dilemata.*

Dilema, ve kterém se respondenti shodují je nepřekračovat hranice ve vztahu s klientem. Klient občas vyžaduje telefonáty mimo pracovní dobu, požaduje přesné rady, co má dělat. Respondent 1 dále představuje dilema, kdy musí respektovat klientovo přání, ale toto přání nemusí korespondovat s pracovníkovou myšlenkou klienta směřovat dál. S tím souvisí také, pokud klient užívá návykové látky jako cigarety a alkohol a sociální pracovník s tímto nesouhlasí. Pak může nastat dilema. **Respondent 2** uvádí: *„Jako pracovník si musím velmi uvědomovat, kde jsou hranice mé práce a kde jdeme ve vztahu s klientem do osobní roviny – na tom pracuji na supervizích.“* Toto není konkrétní dilema, ale postoj člověka a patří k dobrému výkonu práce sociálního pracovníka. Nepřipouštět si klientovy problémy do osobního života a umět svou práci filtrovat. Podle respondenta 3 považuje jako dilema zjištění více informací od rodiny v konfrontaci s přáním klienta rodinu nezapojovat. Respondent 4 si není vědom dilemat ve své profesi. Pouze udržení hranic, jako jsou telefonáty po pracovní době.

Otázka 10: Jsou podle Vás finance, se kterými klienti operují dostatečné na pokrytí jejich potřeb?

Graf č. 3



Zdroj: autorka (vlastní výzkum)

Respondent 1: „U klientů pobírajících ID se každý rok navyšuje důchod. Klienti, kteří jsou pouze na dávkách hmotné nouze /protože nemají nárok na ID/ jsou finančně ale na hranici, mohou si dovolit platit pouze jídlo a „bydlení“, nemají ale na nic jiného, nic nenašetří. Nejhorší je situace s bydlením, ale v současné době alespoň v Praze se daří získávat sociální magistrátní byty.

Z mé zkušenosti finanční problémy mívají klienti s různým typem závislosti, nejčastěji na cigaretách. Klienti bez závislosti mají logicky menší finanční problémy.“

Respondent 2: „Nevím, jak u koho. Je to velmi individuální, někdo je schopný vyžít s invalidním důchodem a dávkami a někdo má za svůj život, kdy téměř nepracoval, tak nízký invalidní důchod, že je to tristní.“

Respondent 3: „Tohle je dost individuální, ty výše se liší. Nicméně mnohdy vnímám nespravedlnost v tom, že někdo, kdo je více soběstačný a jeho onemocnění je „méně závažné“, třeba zvládá i v nějaké minimální míře pracovat, tak má vyšší ID než člověk, který je nesoběstačný, potřebuje doprovod, pracovat nezvládá a onemocnění ho omezuje v mnoha životních oblastech. Pak ještě záleží na tom, jak je jedinec schopný s financemi hospodařit, pokud není v této věci omezený a rozhoduje sám. Často se děje, že ještě nemají představu o

hodnotě financí a jsou schopni utratit částky, které by mohly stačit na přežití několika dní. U nás se snažíme s klienty pracovat i na tomto, i u svéprávných máme různé dohody, kdy třeba mají peníze u nás a dostávají proti podpisu určitý příděl a celkem se nám to osvědčilo, zároveň je však nutné říct, že pokud by trvali na vydání všeho, co u nás mají, musíme jim to umožnit.“

Respondent 4: *„Nevím (je to vždy individuální, jsou klienti, kteří mají ID III. Stupně, ale bez nároku na výplatu, tudíž žijí s životního minima v závislosti na státu. Pak jsou klienti, kteří mají velmi vysoký ID a jsou schopni ušetřit i spousty peněz. Vše záleží na odpracování v době před nemocí, případně na přiznání ID z mládí.“*

Respondent 5: *„Nejde jednoznačně odpovědět. Je to hodně individuální. Záleží na tom, kdy klient onemocněl, jak dlouho pracoval, jaká byla jeho mzda. Někteří klienti mají dostačující ID. Někteří nestihli odpracovat, jsou sice uznáni invalidními, ale bez nároku na výplatu. Ti jsou závislí na dávkách od státu a financí mají nedostatek.“*

Respondenti se u této otázky shodují, že výše a dostatek financí je u každého klienta individuální. Podle **respondenta 1:** *„Klienti, kteří jsou pouze na dávkách hmotné nouze /protože nemají nárok na ID/ jsou finančně ale na hranici, mohou si dovolit platit pouze jídlo a „bydlení“, nemají ale na nic jiného, nic nenašetří.“* Je zarážející, že klienti mají nárok na invalidní důchod, ale bez nároku na výplatu. Jsou poté závislí na dávkách od státu a není skoro možné uspokojit své potřeby. Klient s duševním onemocněním je navíc z takové situace více znepokojen, než by byl jiný občan. Nemocný, který má stabilizovaný stav a zvládne pracovat, si dokáže finance vydělat. Ovšem většina nemocných pracovat schopná není. **Respondent 3** uvádí: *„Pak ještě záleží na tom, jak je jedinec schopný s financemi hospodařit, pokud není v této věci omezený a rozhoduje sám. Často se děje, že ještě nemají představu o hodnotě financí a jsou schopni utratit částky, které by mohly stačit na přežití několika dní.“* Toto je také velmi časté. Klient má důchod přiměřený, ale není schopen své finance ovládat a korigovat. Pak se stává, že s důchodem nevyžije do dalšího měsíce.

11.1. Kazuistiky

Jako obohacení mé diplomové práce jsem zpracovala kazuistiky osob s duševním onemocněním. Jde o určité srovnání situace konkrétních osob s názory odborníků výše. Osoby v kazuistikách mají změněná jména, ovšem jejich rodinná anamnéza, zdravotní stav a současná situace zůstávají neměnné. Cílem kazuistik v této diplomové práci je doplnění odborného textu konkrétními osobami s duševním onemocněním.

11.2. Kazuistika č. 1

Osobní údaje:

Jméno: Jaroslav

Věk: 47 let

Rodinný stav: rozvedený

Vzdělání: středoškolské

Zaměstnání: Invalidní důchod III. stupně

Osobní anamnéza:

Jaroslav vyrůstal v úplné rodině, s otcem pracujícím v armádě a matkou, vyučenou švadlenou. Narodil se jako druhý syn. S rodinou se postupem času mnohokrát stěhovali a tyto změny nepříjemně ovlivnily Jaroslavův zdravotní stav. Otec cholerik svou rodinu denně psychicky i fyzicky týral. Matka Jaroslava nikdy nesebrala odvahu, aby manžela opustila. Toto rozhodnutí ji Jaroslav později vyčítal. Jeho matka byla citově chladná a neprojevovala k Jaroslavovi vřelost. S určitou dědičností a hlavně vlivem prostředí Jaroslav ve 12 letech, začal pociťovat úzkosti a nepříjemné stavy. Po jeho pokusu o sebevraždu byla Jaroslavovi diagnostikována schizofrenie. Byl hospitalizován v Psychiatrické nemocnici Bohnice. Jaroslav byl chytrý student a i přes obtíže vystudoval střední průmyslovou školu. Své stavy ve volném čase zaháněl pitím alkoholu a kouřením. Ve 20 letech se v církvi Adventistů sedmého dne seznámil se svou budoucí ženou Evou. Ta o jeho nemoci věděla a Jaroslava jí bylo líto, měla pocit, že mu musí pomoci. Vzala si Jaroslava a porodila mu dceru. Začátek manželství byl relativně klidný, Jaroslav pracoval jako kuchař v hotelu. Po narození dcery, se jeho stav zhoršil a přestal docházet do zaměstnání a později musel být již podruhé

hospitalizován v psychiatrické nemocnici. Byl velice paranoidní a myslel si, že dokáže číst myšlenky. V nemocnici jeho stav stabilizovali a Jaroslav se vrátil domů. Získal invalidní důchod III. stupně a již nikdy nepracoval. To mělo za následek nedostatek financí. Jaroslav byl s Evou v manželství 25 let. Evu během těchto let psychicky týral, nenechával ji v noci spát, neustále vyžadoval její přítomnost, křičel, někdy až rozbíjel jejich majetek. Výchova dcery zůstala na Evě. Po těchto letech plných stresu a strachu Eva Jaroslava opustila. Jaroslav žil pár měsíců sám, nezvládal ovšem užívat léky a starat se o svou osobu. Byl hospitalizován v psychiatrické nemocnici Bohnice. Tam se jeho stav velmi zhoršil. Trpěl bludy, paranoiou. Po 7 měsících léčby se jeho stav stabilizoval. Jaroslav přešel do chráněného bydlení a po prodeji pražského bytu si pořídil vlastní byt ve městě v Ústeckém kraji. Zde za podpory sociálních pracovníků žije do dnes.

Rodinná anamnéza:

Otec Jaroslava vyrůstal na Moravě v rodině s pěti dalšími dětmi. Jeho otec (Jaroslavův dědeček) byl tyran a rodinu bil. V této rodině bylo mnoho osob s různými psychickými problémy a alkoholismus. Jaroslavův otec vystudoval vysokou školu a nastoupil do armády. Zde získal vysokou hodnost. Ke své ženě a dvou dětem se choval vždy zle.

Matka Jaroslava pochází také z Moravy. Vyučila se švadlenou. Byla chladná a dávala Jaroslavovi najevo, že má radši jeho staršího bratra. S manželem se byli mnohokrát nevěrní. Tyranii svého manžela tolerovala, jelikož ji vždy něco drahého koupil. Když byl Jaroslav již dospělý, zemřela na rakovinu.

Bratr Jaroslava výchovou rodičů byl také velmi negativně ovlivněn. Stal se z něho psychicky labilní muž. Užíval drogy, byl jedno období svého života velmi pobožný, později se z něho stal alkoholik a přestal docházet do zaměstnání. Oženil se a má dvě děti. Jeho dcera má také psychické problémy.

Jaroslav má jedinou dceru, která studuje vysokou školu. Z rozchodu rodičů a následného stavu svého otce prožila nepříjemné období, které se na ni psychicky podepsalo.

Zdravotní anamnéza:

Jaroslav trpí paranoidní schizofrenií. Jeho nemoc se projevila ve 12 letech. Denně užívá léky, jako jsou antipsychotika a antidepressiva. Jeho nemoc má spíše depresivní charakter. V jeho životě zažil pouze dvakrát bludy. Nikdy nepocíťoval halucinace. Nedokáže se radovat, má problém s příjmem informací, nerozumí ostatním lidem. V manželství se projevoval agresivně se střídáním mánie a deprese. Nyní, když žije sám je spíše plačtivý a bezradný. V průběhu života vystřídal mnoho psychiatrů a léků. Jedno období života pil mnoho alkoholu a kouřil 3 až 4 krabičky cigaret denně. Z kouření se mu zřejmě ucpaly cévy v noze a musel podstoupit operaci. Po fyzické stránce je na tom Jaroslav relativně dobře.

Aktuální stav:

Jaroslav žije sám ve svém bytě v menším městě. Využívá služeb Centra duševního zdraví. Dochází k němu do bytu sociální pracovnice, Jaroslav absolvuje různé akce, které centrum pořádá. Jednou týdně dojíždí do Prahy na psychoterapii a jednou za tři týdny navštěvuje psychiatra. Již mnohokrát mu byla nabídnuta pracovní rehabilitace, tu Jaroslav odmítá. S financemi špatně vychází. Invalidní důchod nemá nejmenší, ale peníze utrácí za cigarety. Pořádek v bytě neudrhuje, o sebe se příliš nestará. Jaroslav má velkou vůli k životu, ale nic pro zlepšení svého stavu nedělá. Byl by nejraději, kdyby vše za něj dělali druzí, jak byl zvyklý z manželství.

Prognóza:

Nejistá. Vše záleží, jak se bude Jaroslavův stav vyvíjet, jak bude přijímat sociální terapii a jestli bude schopen z této pomoci vytěžit maximum.

11.3. Kazuistika č. 2**Osobní údaje:**

Jméno: Alena

Věk: 20 let

Rodinný stav: svobodná

Vzdělání: základní

Zaměstnání: student

Osobní anamnéza:

Alena se narodila do úplné rodiny. V době kdy byla Alena malé dítě, její otec užíval drogy. Alena od mala poslouchala hádky rodičů. V 5 letech Alena získala bratra. Alena byla vždy citlivá, trpěla nočními děsy. Měla neléčený šedý zákal v obou očích. Operaci podstoupila, až ve 12 letech. V té době se u ní začaly objevovat zrakové a sluchové halucinace. Slyšela hlasy, které ji oslovovaly jménem. Později se přidaly návaly úzkosti a panika. V 18 letech pila hodně alkoholu a nedbala na své duševní zdraví. Byla znásilněna. Nikomu neřekla, co se jí stalo, a bolest držela v sobě. Po roce se vše dostalo na povrch a pořezala se. Byla převezena do Psychiatrické nemocnice Bohnice. Tam se jí dařilo dobře. Stále pociťovala úzkost. Ještě mnohokrát se sebepoškodila a byla hospitalizovaná. V nemocnici je i nyní.

Rodinná anamnéza:

Otec Aleny vyrůstal v rodině s hrubiánským otcem. Vystudoval průmyslovou školu, užíval drogy. Po odvykací kúře pracoval na stavbě. S manželkou se neustále hádal a do jejich vztahu zasáhla nevěra z manželčiny strany. Postupem času se rozvedli. Otec Aleny se odstěhoval ke svému otci, kde žije do dnes.

Matka Aleny pochází z normální rodiny. Ke své dceři se chovala vždy kamarádským způsobem, než tím mateřským. Po rozvodu s manželem si koupila garsonku v Praze, kde žila s Alenou a synem.

Bratr Aleny je o 5 let mladší. Nezažil hádky rodičů a vyrůstal relativně spokojeně.

Zdravotní anamnéza:

Diagnóza Aleny není jistá. Trpí velkou úzkostí, sebepoškozováním, projevovaly se také halucinace. Pociťovala také stavy, kdy se nepoznávala v zrcadle, nebo měla pocit, že cizí osoba v ní, jí chce pohltit a nahradit. Tyto stavy připomínají schizofrenii. Tu také v rodině má. Po fyzické stránce je Alena v pořádku.

Aktuální stav:

Alena se po poslední hospitalizaci uchýlila do denního stacionáře organizace Eset-Help. Jelikož díky svému duševnímu stavu přerušila střední školu, bylo docházení do

stacionáře vhodným řešením. Přes všechnu snahu se nyní nachází opět v Psychiatrické nemocnici Bohnice. Zažívá stavy napětí a úzkosti. Před hospitalizací se pořezala.

Prognóza:

Nejistá. Záleží, jak bude Alena reagovat na léčbu. Léky bude zřejmě užívat doživotně. Je zde také možnost invalidního důchodu. Škola pro Alenu a její zdravotní stav bude náročná. Důležitá je péče psychiatra, užívání léků a podpora sociálních služeb.

11.4. Shrnutí

Současný stav je u Aleny horší, než u Jaroslava. Co je důležité zmínit, Alena má větší rezervy v pobírání sociálních služeb. Zatím pouze využívala nabídku denního stacionáře. Myslím si, že by bylo vhodné, aby Alena měla svého klíčového pracovníka, který by byl její podporou. Za další by Alena potřebovala kvalitní psychoterapii. Naučit se své stavy zvládat bez sebepoškozování a nebýt závislá pouze na lécích.

Jaroslav využívá sociálních služeb v nejvyšší možné míře. Na čem je důležité zapracovat, je to aby byl schopen vyžít ze svého invalidního důchodu. To znamená, omezit kouření cigaret a naučit se pracovat s financemi.

Dle mého názoru jsou sociální služby nezbytné k životu těchto konkrétních osob. Je zásadní, že o nabídce sociálních služeb vědí. Jaroslav služby začal využívat, až po odchodu manželky a hospitalizaci. Přitom by pomoc potřeboval již dříve. Nikdy od své dlouholeté psychiatricky nedostal doporučení k využití služeb. Jeho rodina také potřebovala podporu. Je dobré, že služby využil alespoň nyní. Oba nemocní byli hospitalizováni v psychiatrické nemocnici. Zde se také dozvěděli o sociálních službách. V případě Jaroslava jeho ošetřující lékařka vyžadovala následnou pomoc sociálních služeb a chráněné bydlení. Taková situace, by se měla dít vždy. Existuje mnoho osob, které o sociálních službách nevědí a jejich podporu potřebují.

12. Závěr výzkumného šetření

Cílem šetření bylo zjistit, jak sociální služby ovlivňují život klienta. Šetření jsem provedla pomocí strukturovaného rozhovoru s otevřenými otázkami. Oslovila jsem 5 sociálních pracovníků, pracujících v přímém kontaktu s osobami s duševní poruchou. Průzkumné otázky jsem zaměřila na zkušenost sociálních pracovníků a opírala jsem se o témata, která vyvstávají z reformy psychiatrie. Základní výzkumná otázka zněla: Jaký dopad mají sociální služby na duševně nemocného. Dále jsem si vytyčila dílčí výzkumné otázky. DVO1: Jak pomáhá reforma psychiatrie ke zlepšení kvality života duševně nemocných. Pomocí průzkumných otázek jsem zjistila následující.

Reforma psychiatrie se mimo jiné zaměřuje na destigmatizaci duševně nemocných. Dle respondentů si 80% z nich myslí, že se situace zlepšila. Vyjadřují se ovšem k laické veřejnosti, která má stále předsudky ohledně duševně nemocných. V rámci Centra duševního zdraví pracují sociální pracovníci v multidisciplinárním týmu. Zajímalo mne, jaké mají s tímto týmem zkušenosti. Respondenti buď zkušenost nemají žádnou, nebo jsou s týmem spokojeni. Cítí se v bezpečí, jelikož se mohou opřít o jiné odborníky v rámci práce s klientem. Dále jsem se zajímala o působení psychiatrických nemocnic v léčbě duševně nemocných. Respondenti se shodují, že psychiatrické nemocnice jsou výborným pomocníkem při léčbě v akutním stavu klienta. Následné dlouhodobější pobývání není vhodné. Následná léčba by měla probíhat v domácím prostředí. Další otázka položená respondentům byla, jaký terapeutický program je při práci s klientem nejpřínosnější. Respondenti se shodují, že s klientem se pracuje individuálně. Tudiž nelze říci jeden terapeutický program. Hovoří ovšem o recovery, zaměření se na silné stránky klienta, podpora klienta. Zajímalo mne, jak sociální pracovníci zapojují rodiny do práce s klientem. Respondenti se shodují, že podporují zapojení rodiny, pokud si to klient přeje. Organizují také rodičovské skupiny pro rodinné příslušníky klientů. Odpověď na DVO1 tedy zní: Reforma je stále v počátcích, ale všechny její složky jako jsou Centra duševního zdraví, multidisciplinární týmy, práce na destigmatizaci klientů, deinstitutionalizace mají za cíl

zlepšit život duševně nemocným. Existuje mnoho nových možností a metod. Jsou vytvořeny pro klienty s duševním onemocněním k pomoci od nelehkého údělu, který zažívají.

DVO2: Jak sociální služby zasahují do života klientů. Pomocí průzkumných otázek jsem zjistila následující. Zjistila jsem, jaké změny zažívají klienti při nástupu do služby. Dle respondentů, klienti před nástupem do služby zažívají samotu. Po nástupu do služby získávají vztah se svým klíčovým pracovníkem, podporu a také zapojení do aktivit, které služba nabízí. Zde klient získává další kontakty a je méně ohrožen sociálním vyloučením. Dále mne zajímalo, jestli jsou klienti a jejich rodiny informovaní o sociálních službách. Respondenti se shodují, že klienti a jejich rodiny jsou dostatečně informovaní. Někteří dodávají, že ale stále existují lidé, kteří jsou udiveni nabídkou sociálních služeb. Další otázkou na respondenty bylo, jak se klienti do služby obvykle dostanou. Většinou přes psychiatrickou nemocnici, která svému pacientovi po propuštění službu doporučí. Probíhají také depistáže v nemocnicích. Další otázkou bylo, jaká zažívají respondenti dilemata při práci s duševně nemocným člověkem. Velice se shodovalo dilema, které překračuje hranice ve vztahu mezi pracovníkem a klientem. Dále, přání klienta versus klienta směřovat, profesionalita versus lidskost. Sociální pracovníci řeší tyto dilemata na svých supervizích. Poslední otázkou na respondenty bylo, jestli jsou finance, se kterými klienti operují dostatečné. Respondenti se shodují, že situace je velmi individuální. Záleží na výši invalidního důchodu, a také jestli klient dokáže s financemi pracovat. Z výše uvedených odpovědí respondentů vyplývá, že sociální služby do klientova života zasahují, ovšem záleží, jak moc si klient přeje, aby sociální služby ovlivňovaly jeho život. Bez sociálních služeb, by klienti byli osamocení a zřejmě sociálně vyloučení. Pokud by rodiny klientů o sociálních službách nevěděli, nebyla by možnost konkrétní pomoci, o které jsem psala výše. Ti, kteří mají problémy s financemi, nacházejí podporu právě v sociálních službách.

Hlavní výzkumná otázka, kterou jsem si položila, zní: Jaký dopad mají sociální služby na duševně nemocného. Z výše provedeného šetření vyšlo, že dopad služeb na klienta je pozitivní. Díky probíhající psychiatrické reformě se zlepšuje pohled veřejnosti na psychicky nemocné, Kompetence sociálních pracovníků jsou více prospěšné klientovi, díky

multidisciplinárnímu týmu, v rámci deinstitucionalizace se pracuje na domácí a komunitní léčbě, sociální pracovníci zapojují rodinu do práce s klienty a po nástupu do služby dochází k jistému zlepšení, jelikož klienti získávají podporu a jsou zapojeni. Dle mého názoru, sociální služby jsou velkým pomocníkem lidí s duševním onemocněním. Jelikož psychiatrů není mnoho a jsou vytížení, získávají klienti sociálních služeb terapeutickou podporu, od sociálních pracovníků, kteří jsou spojnicí mezi rodinou, komunitou, psychiatrickou nemocnicí a klientem. Bez jejich zapříčinění by dle mého názoru, byli duševně nemocní ve svém boji s nemocí jinde, než jsou se svými sociálními pracovníky.

Jako doplnění mé práce jsem zpracovala kazuistiky duševně nemocných klientů sociálních služeb. Šlo mi o poukázání na srovnání života osob bez sociálních služeb a po využití služeb. U kazuistiky 1, bylo vidět zlepšení životní situace klienta po využití služeb. Získal podporu, po propuštění z psychiatrické nemocnice měl možnost žít v chráněném bydlení, naučit se starat sám o sebe a také v novém bydlení využil kontakty na klienty ze stejné služby. Jeho psychický stav zůstává stejný, ale bez sociálních služeb by pan Jaroslav žil mnohem hůře. Alena v kazuistice 2 svou nemoc teprve objevuje. Sociální služby musí ještě plně využít, jelikož se stále točí v kruhu hospitalizace, není tolik možností k rehabilitaci. Až se její stavlepší, získá i více možností pracovat na sobě a na svém životě. K tomu jí budou k dispozici právě sociální služby.

Závěr

Mou diplomovou práci „Praktický dopad sociálních služeb na kvalitu života a duševní stav psychicky nemocných“ jsem si vybrala díky mé osobní zkušenosti v rodině s duševně nemocným a zájmem o tuto problematiku. Duševní onemocnění je pro člověka, který s takovým onemocněním nemá zkušenost, velká neznámá. Při psaní této práce jsem sama cítila jakousi fascinaci některými projevy onemocnění a úctou k lidem jím trpící.

Práci jsem rozdělila na několik kapitol a podkapitol. Dle odborné literatury jsem vypsal duševní poruchy, které se specifikují psychózou, oslabením kontaktu s realitou a snížením soběstačnosti. K těmto nemocem jsem zpracovala jejich léčbu a přístup sociálního pracovníka. Jelikož každá nemoc je jiná, je potřeba také přístup přizpůsobit na míru daného onemocnění. To poukazuje na kompetence, které je potřeba vlastnit při práci s klientem. Tyto kompetence a etiku sociální práce jsem popsala v další kapitole. Jak jsem zmínila výše, vykonávání sociální práce s osobami s duševní poruchou není jednoduché, proto je potřeba znát dilemata, do kterých se pracovník může dostat. Tyto dilemata jsem uvedla v podkapitole 7.2. K přežití je nutné sociální zabezpečení. Jaké jsou možnosti finančních dávek a zvýhodnění, jsem vypsal v kapitole 8. V poslední kapitole odborné části práce jsem vypsal nové metody sociální práce, které probíhají v Centrech duševního zdraví v rámci reformy psychiatrie. Jde o case management, recovery a snaha o destigmatizaci.

V praktické části jsem se zaměřila na praktický dopad sociálních služeb na život duševně nemocného člověka. Zpracovala jsem rozhovory se sociálními pracovníky, kteří pracují s klienty s duševním onemocněním. Z výše uvedených rozhovorů jsem zjistila, že sociální služby a právě probíhající reforma, jsou účinné při začlenění osoby s duševní poruchou do společnosti. Dále jsem uvedla kazuistiky osob, které jsou duševně nemocní a mají zkušenost se sociálními službami. Z rozhovorů a kazuistik vyplynulo, že po nástupu do sociálních služeb se klienti otevírají, získávají podporu, nové kontakty a možnosti. Samota, sociální vyloučení a strach z finanční nedostatečnosti jsou, kromě onemocnění, častými problémy klientů. Pomocí sociálních služeb a terapeutických přístupů, jsou tyto problémy řešeny a život člověka trpícího nemocí je v rámci možností jednodušší. Cíl práce, zjistit jaký

je praktický dopad sociálních služeb na duševně nemocného člověka, jsem splnila. Uvědomuji si, že každý člověk je jiný, potřebuje jiné stimuly a podporu, ovšem bez nabídky sociálních služeb by byl život duševně nemocných ochuzen a je možné předpokládat, že by skončil devastujícím způsobem.

Seznam použité literatury

BAUM, Detlef. *Výzkumné metody v sociální práci*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2014. ISBN 978-80-7464-390-3.

ČEŠKOVÁ, Eva a Hana KUČEROVÁ, SVOBODA, Mojmír, ed. *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-154-9.

DOUBEK, Pavel. *Průvodce bipolární poruchou: pro pacienty, jejich rodinné příslušníky a blízké*. Praha: Maxdorf, 2013. ISBN 978-80-7345-368-8.

HAVRDOVÁ, Zuzana. *Hodnoty v prostředí sociálních a zdravotních služeb*. V Praze: Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy, katedra řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích, 2010. ISBN 978-80-87398-06-7.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9.

HERMAN, Erik. *Bipolární porucha a její léčba*. Praha: MAXDORF, 2004. ISBN 80-7345-051-8.

HÖSCHL, Cyril, Jan LIBIGER a Jaromír ŠVESTKA, ed. *Psychiatrie*. Praha: Tigris, 2002. ISBN 80-900130-1-5.

MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada, 2008. Sestra (Grada). ISBN 9788024721385.

MALÁ, Eva a Pavel PAVLOVSKÝ. *Psychiatrie: [učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese]*. Praha: Portál, 2002. ISBN 8071787000.

MATOUŠEK, Oldřich, KŘIŠŤAN, Alois, ed. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0366-7.

MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ, ed. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-818-0.

NAVRÁTIL, Pavel. *Teorie a metody sociální práce*. Brno: Marek Zeman, c2001. ISBN 80-903070-0-0.

NEČASOVÁ, Mirka. *Úvod do filozofie a etiky v sociální práci*. Brno: Masarykova univerzita, 2001. ISBN 80-210-2673-1.

PRAŠKO, Ján. *Bipolární afektivní porucha: příručka pro nemocné a jejich rodiny*. Praha: Maxdorf, 2004. ISBN 80-7345-002-x.

PROBSTOVÁ, Václava a Ondřej PĚČ. *Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0731-3.

RABOCH, Jiří, Pavel PAVLOVSKÝ a Dana JANOTOVÁ. *Psychiatrie: minimum pro praxi*. Vyd. 4., rozšířené. Praha: Triton, 2006. ISBN 80-7254-746-1.

RAHN, Ewald. *Psychiatrie: učebnice pro studium a praxi*. Praha: Grada, 2000. Psyché (Grada). ISBN 8071699640.

SMOLÍK, Petr. *Duševní a behaviorální poruchy: průvodce klasifikací: nástin nozologie : diagnostika*. Praha: Maxdorf-Jessenius, 1996. ISBN 80-85800-33-0.

SÝKOROVÁ, Kateřina. *Základy sociologie, filosofie a etiky pro pomáhající profese*. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2008. ISBN 978-80-7372-323-1.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0696-5.

VRTIŠKOVÁ, Marie. *Sociální práce s osobami se zdravotním postižením*. Praha: Vyšší odborná škola sociálně právní, 2014. ISBN 978-80-87779-12-5.

Internetové zdroje

ČESKÁ SPRÁVA SOCIÁLNÍHO ZABEZPEČENÍ. ČESKÁ SPRÁVA SOCIÁLNÍHO ZABEZPEČENÍ [online]. Praha, 2014 [cit. 2020-05-06]. Dostupné z: <https://www.cssz.cz/web/cz/nemocenske>

Centra duševního zdraví. *Fokus Praha* [online]. Praha [cit. 2020-05-06]. Dostupné z: <https://www.fokus-praha.cz/index.php/cz/pomahame/centra-dusevniho-zdravi>

Destigmatizace. *PSYCHIATRICKÁ SPOLEČNOST ČLS JEP: ČESKÁ PSYCHIATRICKÁ SPOLEČNOST* z.s. [online]. Praha, 2020 [cit. 2020-05-06]. Dostupné z: <https://www.psychiatrie.cz/deni-zdravotni-a-socialni-politika/deni-destigmatizace>

Ministerstvo práce a sociálních věcí. *Ministerstvo práce a sociálních věcí* [online]. Praha, 2014 [cit. 2020-05-06]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/web/cz/invalidni-uchody>.

Reforma péče o duševní zdraví: Strategie reformy psychiatrické péče. *Reforma péče o duševní zdraví* [online]. Praha [cit. 2020-05-06]. Dostupné z: <http://www.reformapsychiatrie.cz/>

Přílohy

Příloha č. 1 – Otázky do rozhovoru se sociálními pracovníky pracujícími s klienty s duševním onemocněním

Otázka 1: Myslíte si, že se zlepšila situace v ČR v rámci stigmatizace duševně nemocných?

(Rozhodně ano, spíše ano, nevím, spíše ne, rozhodně ne)

Otázka 2: Jakou máte zkušenost se spoluprací v multidisciplinárním týmu?

Otázka 3: Jak vnímáte působení psychiatrických zařízení v léčbě duševních poruch v ČR?

Otázka 4: Jaký terapeutický program je při práci s klientem s duševní poruchou nejprínosnější?

Otázka 5: Jak podporujete zapojení rodiny do zlepšení stavu duševně nemocného klienta?

Otázka 6: Jaké změny pozorujete u klientů po nástupu k Vám do služby?

Otázka 7: Dle Vaší zkušenosti, myslíte si, že duševně nemocní a jejich rodiny jsou dostatečně informovaní o možnostech sociálních služeb?

(Rozhodně ano, spíše ano, nevím, spíše ne, rozhodně ne)

Otázka 8: Jak se k Vám do služby obvykle klienti dostanou?

Otázka 9: Jaká pociťujete dilemata při práci s duševně nemocným klientem, a jaký dopad má tato práce na Váš život a duševní stav?

Otázka 10: Jsou podle Vás finance, se kterými klienti operují dostatečné na pokrytí jejich potřeb?

(Rozhodně ano, spíše ano, nevím, spíše ne, rozhodně ne)

Abstrakt

Tato diplomová práce se věnovala tématu: Praktický dopad sociálních služeb na kvalitu života a duševní stav psychicky nemocných. Pomocí odborné literatury byly zpracovány projevy nemocí, které se vyznačují psychózou a narušením kontaktu s realitou. K těmto projevům byla popsána léčba a přístup sociálního pracovníka. V dalších kapitolách se práce věnovala sociálnímu zabezpečení psychicky nemocných, novým metodám při práci s klientem, a také etice. Cílem této práce bylo zjistit, jaký dopad mají sociální služby na život duševně nemocného. Pomocí rozhovorů se sociálními pracovníky, byly zodpovězeny otázky k danému cíli. Jako doplnění práce byly zpracovány kazuistiky osob s duševní poruchou. Tyto kazuistiky spolu s rozhovory jsou velmi přínosné a dokazují, že sociální služby jsou v životě duševně nemocného člověka klíčové.

Abstract

This dissertation is talking about the topic: practical impact of social services on the quality of life and physical disposition of mentally diseased people. Using professional literature symptoms of the disease were processed, which are characterized by a psychosis and a disruption of the contact with the reality. A treatment and social worker's approach were described to these symptoms. In following chapters the dissertation is dedicated to social security of the patient, new methods when working with the client and also to ethics. The aim of this dissertation was to find out which impact social services have on the life of a mentally diseased person. Using interviews with social workers, questions to the given aim were answered. As a supplement to the dissertation, case studies of people with a mental disease were compiled. These case studies together with interviews are very beneficial and prove that social services are key in the life of mentally diseased person.